

LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

NOVEMBRE 2025 - NUMÉRO GRATUIT

#39

LA GÉRIATRIE
GARDE LA FORME !



Association des Jeunes Gériatres

www.assojeunesgeriatres.fr

AjG
Association
des Jeunes
Gériatres

LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#39

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2025

BUREAU

PRÉSIDENTE

Rafaëlle ROTH

VICE-PRÉSIDENTE

Lucrezia-Rita SEBASTÉ

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Jérémie HUET

TRÉSORIER

Ludovic ROBBÉ

VICE-PRÉSIDENTE COMMUNICATION

Marine OECHSLIN RIMET

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Laure ALLAN

Hazem BEN RAYANA

Nathan BLEU

Amélie BOINET

Floriane BRIL

Sandra BRISSARD

Victoire DEFENTE

Nicolas DENIAU

JusKne DOSSOU BADJIOKILA

BasKen GENET

Anne-Sophie GAUTHIER

Héloïse GOBILLOT

Clémence GRANGE

Karen GUERIN

Sylvana HO-BIN-HUANG

Florian MARONNAT

Marion NGUON

Marie OTEKPO

Julie TISSERAND

Romain VAN-OVERLOOP

N° ISSN : 2264-8607

ÉDITEUR ET RÉGIE PUBLICITAIRE

Réseau Pro Santé

14, rue Communes | 75003 Paris

M. TABTAB Kamel, Directeur

reseauprosante.fr | contact@reseauprosante.fr

MISE EN PAGE

We Atipik

weatipik.com | contact@weatipik.com



SOMMAIRE

03 ÉDITORIAL

04 ARTICLE THÉMATIQUE

Conduite à tenir devant des douleurs ostéoarticulaires en gériatrie

09 FOCUS GÉRIATRIQUE

L'activité physique chez la personne âgée

12 FICHE MÉTIER

Enseignant en activités physiques adaptées

14 FICHE PRATIQUE

L'hôpital de jour médecine physique et réadaptation gériatrique
L'hospitalisation à domicile de réadaptation (HAD-R)

18 RETOUR DE CONGRÈS

Retour sur le congrès Monaco Age Oncology 2025

27 FICHE DU MÉDICAMENT

Favoriser et sécuriser les déplacements

32 ACTUALITÉS AJG

34 BIBLIOGRAPHIE

Musculation du sujet âgé : concepts de base, niveau de preuve et recommandations

38 CAS CLINIQUE

40 ANNONCES DE RECRUTEMENT



Crédit Images : 123RF, Adobe Stock, AJG.

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,

Nous sommes ravis de vous présenter notre premier numéro en tant que rédactrices en chef concernant la réadaptation et la pratique du sport chez les personnes âgées.

L'activité sportive a depuis de nombreuses années déjà démontré ses bienfaits sur notre santé, notamment dans la prévention et la prise en charge de pathologies chroniques.

Chez la personne âgée, l'activité physique joue un rôle central pour préserver les capacités fonctionnelles, et la réadaptation physique est la clé pour limiter la perte fonctionnelle et préserver l'autonomie.

En cette période de rentrée, il est grand temps, jeunes gériatres et plus âgés, de se remettre à l'activité physique avec cette gazette très motivante.

L'article thématique nous apporte une conduite à tenir devant une plainte douloureuse des articulations de l'épaule, du genou, de la hanche et de la main.

Le focus gériatrique se concentre sur la prescription de l'activité physique et ses différentes modalités.

La fiche métier reste dans la même thématique et nous présente la place auprès de nos patients âgés d'un Enseignant en Activités Physiques Adaptées, celui-ci étant essentiel pour un accompagnement adéquat en réadaptation.

La fiche pratique détaillera d'un côté un hôpital de jour de Médecine Physique et Réadaptation gériatrique, et de l'autre une Hospitalisation À Domicile de Réadaptation, deux unités et organismes illustrant une prise en charge multidisciplinaire centrée sur le patient.

La fiche médicamenteuse nous rappelle les différentes aides techniques à la marche.

Le Monaco Age Oncology a eu lieu en janvier 2025. Nous avons le plaisir de vous faire un retour sur les points clés.

L'actu AJG revient sur nos fabuleuses Journées Annuelles des Jeunes Gériatres 2025 qui ont eu lieu à Bordeaux. Nouvelle charte graphique, nouveau logo... l'association se refait une jeunesse !

La bibliographie vise à nous convaincre que les exercices contre résistance avec charges relatives est tout aussi efficace qu'une bonne vieille séance de musculation avec charges lourdes.

Et enfin le cas clinique nous rappelle que les lombalgie ne sont pas un symptôme à prendre à la légère !

Nous espérons qu'à l'issue de la lecture vous rejoindrez tous l'AJG en basket pour bouger avec nous !

Floriane BRIL & Sylvana HO-BING-HUANG

Co-Rédactrices en chef



CONDUITE À TENIR DEVANT DES DOULEURS OSTÉOARTICULAIRES EN GÉRIATRIE

DOULEUR D'ÉPAULE SUR OMARTHROSE

Devant une douleur d'épaule, votre examen clinique doit dans un premier temps évaluer les amplitudes articulaires en abduction, élévation antérieure, rotation externe et rotation interne.

Si celle-ci sont limitées en actif et en passif, vous vous orientez vers deux étiologies : la capsulite rétractile ou l'omarthrose.

Chez le sujet âgé par argument de fréquence, l'arthrose d'épaule sera le diagnostic le plus fréquent : on parlera alors souvent d'omarthrose ou arthrose de l'articulation gléno-humérale. Pour confirmer votre diagnostic vous demandez une radiographie d'épaule de face, de profil et en rotations neutre-interne-externe.

Dans le cas d'une capsulite rétractile cette radiographie sera sans anomalie, tandis que dans une omarthrose on

retrouvera les signes de condensation de l'os sous-chondral, goutte ostéophytique, pincement gléno-huméral, géodes sous-chondrales. On décrit alors deux types d'omarthroses : centrée (ou primitive) et excentrée (ou secondaire) s'il existe une ascension de la tête humérale, une diminution de l'espace sous-acromial et une rupture du cintre gléno-huméral... Cette dernière est plus fréquente et est secondaire à une rupture de la coiffe des rotateurs.

La prévalence de l'omarthrose est de 16.1 % chez les plus de 65 ans et est bilatérale chez 47.7 % des plus de 65 ans souffrant d'omarthrose primaire. L'enraissement de l'articulation va être responsable de limitation d'activités avec un impact sur l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne et responsable de restrictions de participation.

QUELS SONT LES TRAITEMENTS À PROPOSER AU PATIENT EN PREMIÈRE INTENTION ?

- **Traitement non pharmacologique**
 - ◆ Kinésithérapie
 - Travail de gain d'amplitude articulaire global.
 - Travail de recentrage de la tête humérale par co-contraction grand-pectoral-grand dorsal.
 - Assouplissement de la ceinture cervico-scapulaire.
 - Renforcement musculaire des muscles deltoïdes, scapulo-thoraciques et fixateurs de la scapula.
 - Travail proprioceptif.
 - Travail aérobie.
- ◆ *Ergothérapie (en milieu hospitalier)* : travail fonctionnel des membres supérieurs en gain d'amplitudes articulaires et gain de force musculaire.

- **Traitements pharmacologiques**

- Paracétamol 1g si douleur.
- En cas de poussée : possibilité de proposer une cure courte d'AINS type NAPROXENE 550mg avec IPP si le patient ne présente pas de contre-indications.

En cas d'échec sur le plan de la douleur de ces mesures initiales, vous pouvez alors prendre avis auprès d'un rhumatologue ou d'un MPR ostéoarticulaire afin de discuter de l'indication à une prise en charge infiltrative de corticoïdes.

Il vous sera demandé si le patient présente des antécédents cardiovasculaires ou de diabète pouvant être déséquilibrés par les corticoïdes.

Et en cas d'échec du traitement infiltratif, un avis chirurgical peut être pris pour discuter de la balance bénéfice/risque à la pose d'une prothèse d'épaule (prothèse inversée en cas d'omarthrose excentrée avec atteinte de la coiffe des rotateurs, prothèse totale anatomique en cas d'intégrité de la coiffe des rotateurs).



Omarthrose chez un patient de 79 ans avec pincement articulaire, ostéophytose et goutte ostéophytique inférieure, bec acromial

GONALGIE SUR GONARTHROSE

La gonarthrose peut toucher un ou plusieurs compartiments (fémoro-patellaire, fémoro-tibial médial ou fémoro-tibial latéral). La douleur est mécanique à la mise en charge, à la montée et descente des escaliers, à la marche. Mais elle peut aussi évoluer par poussées congestives avec alors une douleur continue et un épanchement articulaire.

L'examen clinique va rechercher une déformation en genu valgum ou genu varum, un épanchement articulaire avec la présence d'un choc rotulien et du signe du flot, un kyste poplité dans le creux poplité et va mesurer les amplitudes articulaires. L'examen doit être

réalisé de façon bilatéral et comparatif. La perte du recurvatum physiologique peut s'observer assez tôt mais l'installation d'un flessum s'observe dans les formes évoluées. La douleur à la palpation des interlignes fémoro-tibiales médiale et latérale permet d'orienter vers l'atteinte d'un ou de plusieurs compartiments, et les signes de Zohlen et du Rabot recherchent une atteinte fémoro-patellaire.

Le diagnostic est confirmé par la radiographie des genoux bilatérale en charge de face, de profil, en schuss et avec un défilé fémoro-patellaire à 30° sur laquelle on retrouvera les signes caractéristiques de l'arthrose.

QUELS SONT LES TRAITEMENTS À PROPOSER AU PATIENT EN PREMIÈRE INTENTION ?

- **Traitements pharmacologiques**

- ◆ Paracétamol 1g si douleur.
- ◆ En cas de poussée : possibilité de proposer une cure courte d'AINS type NAPROXENE 550mg avec IPP si le patient ne présente pas de contre-indication.

- **Traitements non pharmacologiques**

- ◆ Port de semelles amortissantes neutres.
- ◆ Port d'une orthèse (genouillère) simple ou de décharge.

- ◆ Utilisation d'une canne portée du côté controlatéral.

- ◆ **Kinésithérapie**

- Assouplissement des plans sous-pelviens.
- Lutte contre le flessum.
- Renforcement des muscles stabilisateurs de genou (ischiojambiers, quadriceps, gastrocnémiens).
- Travail proprioceptif.
- En fonction de la clinique et de la radiographie : Renforcement des muscles valgisateurs de genou (biceps fémoral et tenseur du fascia lata) : si défor-



mation en genu varum et prédominance de la gonarthrose fémoro-tibiale latérale ;

Ou

Renforcement des muscles varisateurs (muscles de la patte d'oie) si déformation en genu valgum et prédominance de la gonarthrose fémoro-tibiale médiale.

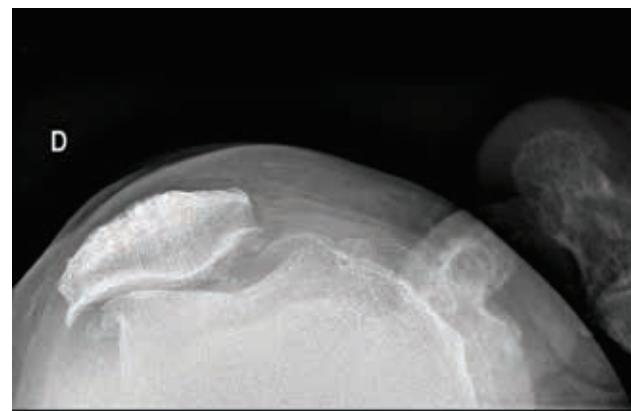
→ Si gonarthrose fémoro-patellaire : travail de recen-trage de la rotule.

En cas d'échec sur le plan de la douleur de ces mesures initiales, vous pouvez alors prendre avis auprès d'un rhumatologue ou d'un MPR ostéoarticulaire afin de discuter de l'indication à une prise en charge infiltrative intra-articulaires :

- De corticoïdes si poussée congestive aiguë, qui sera associée à une ponction articulaire et analyse du liquide articulaire.

- D'acide hyaluronique en dehors de toute poussée congestive.

Et en cas d'échec du traitement infiltratif et un indice de Lequesne > 10 : vous pouvez prendre un avis chirurgical pour discuter de l'indication à la pose de prothèse totale ou unicompartmentale de genou.



Radiographie d'une gonarthrose tricompartimentale de genou droit chez un patient de 75 ans, clichés de profil (en haut à droite), défilé fémoro-patellaire (à gauche), et de face (en bas à droite)

DOULEUR DE HANCHE SUR COXARTHROSE

La douleur de l'articulation coxo-fémorale est méca-nique au pli de l'aine et peut irradier à la face antérieure de cuisse. On peut retrouver une douleur projetée au niveau du genou. L'examen clinique va retrouver une diminution des amplitudes articulaires de hanche voire une perte totale de l'extension. Cette raideur de l'arti-

culation est responsable d'un trouble de la marche avec perte du pas postérieur. La douleur peut entraîner une boiterie d'esquive. Le signe de la clef est positif, il peut exister un clinostatisme et la mobilisation en flexion et rotations interne et externe de hanche reproduisent la douleur habituelle.

L'examen complémentaire à demander est une radiographie de bassin de face et de hanche bilatérale en charge de face, de profil et en faux Profil de Lequesne.

On y retrouvera les signes de l'arthrose : pincement articulaire, ostéo-condensation sous-chondrale, ostéophytose et géodes sous-chondrales.

QUELS SONT LES TRAITEMENTS À PROPOSER AU PATIENT EN PREMIÈRE INTENTION ?

● **Traitements pharmacologiques**

- ◆ Paracétamol 1g si douleur.
- ◆ En cas de poussée : possibilité de proposer une cure courte d'AINS type NAPROXENE 550mg avec IPP si le patient ne présente pas de contre-indication.

- Renforcement des muscles stabilisateurs de la hanche.
- Travail proprioceptif.
- Travail aérobie.

● **Traitements non pharmacologiques**

- ◆ Port de semelles amortissantes neutres.
- ◆ Utilisation d'une canne portée du côté controlatéral.
- ◆ **Kinésithérapie**
 - Étirement des plans sous-pelviens.
 - Lutte contre le flessum de hanche.
 - Entretien des amplitudes articulaires.

En cas d'échec sur le plan de la douleur de ces mesures initiales, vous pouvez alors prendre avis auprès d'un rhumatologue ou d'un MPR ostéoarticulaire afin de discuter de l'indication à une prise en charge infiltrative intra-articulaires :

- De corticoïdes si poussée congestive aiguë (confirmée par une échographie).
- D'acide hyaluronique en dehors de toute poussée congestive.

Et en cas d'échec du traitement infiltratif et indice de Lequesne > 10 : avis chirurgical pour discuter de l'indication à la pose d'une prothèse totale de hanche.

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

La douleur inguinale ou de la face antérieure voire antérolatérale de cuisse de l'arthrose coxo-fémorale peut être confondu avec deux autres étiologies :

- *La cruralgie d'origine rachidienne* : le patient ne présente pas de boiterie d'esquive et l'examen des mobilités de la hanche ne reproduit pas la douleur habituelle. Il faut rechercher un signe de Leri en cas de doute, et une sonnette paravertébrale lombaire.
- *Une tendinopathie du moyen fessier* : le patient ne présente pas une boiterie d'esquive mais une boiterie de Trendelenburg. On retrouve à l'examen clinique la triade de la tendinopathie : douleur à la palpation sur le trajet tendineux, douleur à la contraction contrariée, douleur à l'étirement.

Chez les patients âgés, plusieurs pathologies peuvent être intriquées, l'examen clinique rigoureux doit alors orienter vers l'origine principale des douleurs qui sera à traiter en premier.



Arthrose coxo-fémorale droite chez un patient de 82 ans

DOULEUR DE LA BASE DU POUCE SUR RHIZARTHROSE

La rhizarthrose ou arthrose trapézo-métacarpienne, est l'arthrose de la base du pouce, c'est une atteinte très fréquente et souvent bilatérale. Douleur, déformation et limitation fonctionnelle en sont les principales plaintes.

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic, si des radiographies sont réalisées on retrouvera les signes radiologiques d'arthrose : pincement de l'interligne articulaire, géodes, condensation et ostéophytes.

QUELS SONT LES TRAITEMENTS À PROPOSER AU PATIENT EN PREMIÈRE INTENTION ?

● Traitement pharmacologique

- ◆ Paracétamol 1g si douleur.
- ◆ En cas de poussée : possibilité de proposer une cure courte d'AINS type NAPROXENE 550mg avec IPP si le patient ne présente pas de contre-indication ou de DICOLOFENAC 1% en gel en une application 2/jours pendant 7 jours.

● Traitement non pharmacologique

- ◆ Orthèse de repos de rhizarthrose : de série en pharmacie ou pouvant être réalisée sur mesure par les ergothérapeutes en milieu hospitalier. Cette orthèse est à porter la nuit pour limiter les mouvements. Elle est prescrite à visée antalgique et pour limiter la déformation.
- ◆ Prescription de kinésithérapie pour : entretien des mobilités articulaires, travail d'ouverture de la première commissure pour limiter l'enraideissement, renforcement des muscles de la pince pouce-index.

En cas d'échec sur le plan de la douleur de ces mesures initiales, vous pouvez alors prendre avis auprès d'un rhumatologue ou d'un MPR ostéoarticulaire afin de discuter de l'indication à une prise en charge infiltrative intra-articulaire de corticoïdes ou de toxine botulique intra-articulaire.



Arthrose trapézo-métacarpienne chez une patiente de 70 ans.

ARTHROSE DIGITALE

L'arthrose digitale (plus fréquente aux interphalangiennes distales qu'aux interphalangiennes proximales) est la plus courante des localisations arthrosiques avec une prédominance féminine, elle s'associe souvent aux autres localisations de l'arthrose notamment la gonarthrose. Le plus souvent bilatérale mais la main dominante est davantage symptomatique. La plainte du

patient est liée à la douleur, à la gêne fonctionnelle et esthétique en raison des déformations.

Le diagnostic est clinique avec douleur et déformation des interphalangiennes et pouvant être visibles des nodules d'Heberden aux IPD ou de Bouchard aux IPP. Les radiographies ne sont pas nécessaires au diagnostic.

QUELS SONT LES TRAITEMENTS À PROPOSER AU PATIENT EN PREMIÈRE INTENTION ?

● Traitement pharmacologique

- ◆ Paracétamol 1g si douleur.
- ◆ En cas de poussée : possibilité de proposer une cure courte d'AINS type NAPROXENE 550mg avec IPP si le patient ne présente pas de contre-indication ou de DICOLOFENAC 1% en gel en une application 2/jours pendant 7 jours.

● Traitement non pharmacologique

- ◆ Orthèse de repos de doigt antalgique et pour prévenir les déformations.
- ◆ Prescription de kinésithérapie pour entretien des mobilités articulaires par postures manuelles et auto-positions, renforcements des fléchisseurs /extenseurs des doigts et muscles intrinsèques, tractions manuelles des doigts dans l'axe.



Arthrose digitale chez un patient de 77 ans avec la radiographie une arthrose prédominante aux interphalangiennes distales avec présence de pincement articulaire, condensation de l'os sous-chondral et érosions

Docteur Marie-Martine LEFÈVRE-COLAU

Docteur Marie-Ombeline CHAGNAS-MARTIN

Service de Rééducation et de Réadaptation de l'Appareil

Locomoteur et des Pathologies du Rachis

Hôpital Cochin - AP-HP. Centre – Université Paris Cité

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES



L'ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

DÉFINITIONS ET BÉNÉFICES DÉMONTRÉS

On définit l'activité physique comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, qui entraîne une dépense énergétique supérieure à celle du métabolisme de repos.

Elle intègre :

- Les activités physiques de la vie quotidienne (domestiques, déplacements actifs, trajets du quotidien dans le cadre professionnel ou scolaire).
- Les exercices physiques : activité physique structurée, planifiée, répétitive dont l'objectif est l'amélioration ou le maintien d'une ou plusieurs composantes de la condition physique.
- Les activités sportives plus communément appelé sport.

Les bienfaits de l'activité physique ne sont plus à démontrer, surtout chez nos patients âgés. Elle diminue le risque de chutes, ralentit le déclin cognitif et a des effets bénéfiques cardio-pulmonaires. Elle a aussi un impact sur l'inflammation, l'immunité, les cancers, le sommeil. Elle réduit l'anxiété et les symptômes dépressifs. L'ANSES met à jour régulièrement sa revue de la littérature sur le sujet et conclue encore que les données scientifiques sont suffisamment robustes pour considérer les effets favorables de l'activité physique comme bien supérieurs aux effets néfastes (blessures, risque de mort subite, etc.) [1].

Dans le cadre de son rôle démontré en prévention secondaire, la loi du 2 mars 2022 a permis de créer et d'enclencher la promotion de l'**activité physique adaptée (APA)**

chez des populations à risque. L'APA correspond à des activités physiques « dispensées par des personnes qualifiées, dans des conditions prévues par décret ». Les personnes âgées font partie de la liste des personnes éligibles à la prescription d'activité physique adaptée [2], notamment les personnes âgées qui sont dites « inactives ».

L'inactivité physique se définit par un niveau insuffisant d'activité physique régulière de l'individu qui n'atteint pas le seuil d'activité physique d'endurance aérobie recommandé pour la santé par l'OMS. Les principaux facteurs liés à l'inactivité physique sont le surpoids, le manque de temps et les obstacles perçus à l'activité physique. Il est important de la distinguer de la sédentarité, facteur de risque indépendant [3]. La sédentarité correspond au temps passé assis ou allongé entre le lever et le coucher. Une personne peut donc être très active mais également très sédentaire. Les principaux facteurs associés à la sédentarité sont l'avancée en âge et le surpoids.

Actuellement, 35 % des personnes de plus de 65 ans ne pratiquent aucune activité physique ou sportive et un quart cumulent inactivité physique et sédentarité [1].



INITIATIVES LOCALES ET RÔLE DU PRESCRIPTEUR

En France, le Programme National Nutrition Santé, plus connu sous le nom du programme « Manger-bouger », a été instauré en 2001 et est réactualisé régulièrement depuis. Dans le cadre de ce programme, la Stratégie Nationale Sport-Santé de 2019-2024 a pour objectif global d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur des déterminants majeurs : l'activité physique et la nutrition. En 2016, la Loi Sport-Santé de modernisation du système de santé français a été mise en place pour permettre l'instauration d'une politique de promotion de l'activité physique sur ordonnance par les médecins dans le cadre du parcours de soins. Elle s'adresse plus particulièrement aux patients atteints d'une affection de longue durée (ALD). Plus récemment, la Loi du 2 mars 2022 en France fait suite à la Loi Sport-Santé de 2016, visant à démocratiser le sport en France. Cette loi permet la prescription d'activité physique adaptée élargie aux patients en perte d'autonomie.

De multiples initiatives locales ou nationales existent pour favoriser l'activité physique chez les seniors. Par exemple, l'association Siel Bleu est établie dans chaque département en France avec un interlocuteur départemental. Cette association à but non lucratif vise à pro-

mouvoir l'activité physique chez les patients en perte d'autonomie, la promotion d'une meilleure alimentation et l'adoption d'un comportement éco-responsable. En Pays de la Loire, l'association « On y va » recense et met en relation les médecins avec toutes les initiatives locales grâce à des fiches de prescription et un numéro unique pour conseiller la pratique la plus adaptée. En Île-de-France, des ateliers en présentiel ou distanciel pour le maintien de l'autonomie des personnes âgées ont été créés par le PRIF. Globalement, au niveau national, il existe plus de 500 maisons sport-santé réparties sur l'ensemble du territoire, proposant de l'APA à prix abordable pour nos patients.

Il est essentiel de penser à prescrire l'activité physique. Depuis la loi de 2016, cette prescription est valorisée, en particulier lorsqu'elle est réalisée par écrit. Sous cette forme, elle s'avère être un puissant levier de motivation et favorise l'adhésion des patients. Des études menées au Danemark et en Nouvelle-Zélande ont montré qu'une prescription écrite d'activité physique a, en moyenne, deux fois plus de chances d'être suivie d'effet qu'un simple conseil oral [4,5].

RECOMMANDATIONS ACTUELLES

Actuellement, l'OMS recommande depuis 2010 :

- 150 min d'endurance d'intensité modérée ou 75min d'activité d'intensité intense/semaine. Durée à majorer si souhait d'un effet bénéfique supplémentaire sur la santé.
- Par périodes d'au moins 10 minutes.
- Activités pour l'équilibre : 3 jours par semaine.
- Renforcement musculaire : 2 jours par semaine.
- Si objectif impossible à atteindre en raison de l'état de santé : être aussi actif physiquement que l'état de santé le permet.

Concrètement, quel programme doit-on prescrire ?

- Un programme d'entraînement multivarié combinant entraînement contre résistance (cf. bibliographie « Musculation du sujet âgé »), travail en équilibre et souplesse et exercices aérobies.
- Privilégier la durée à l'intensité. Grossièrement, l'intensité s'évalue selon le niveau d'essoufflement (de léger à intense selon que le patient est capable de chanter, parler ou incapable de parler).
- Respecter la fatigue, les douleurs et la spécificité des pathologies du patient.

- Prendre en charge les addictions qui diminuent la forme physique, type alcool et tabac.
- Y associer des conseils nutritionnels : objectif 1,5 g/kg de protéines avec des apports caloriques à 35 à 40 Kcal/kg chez le sujet âgé actif. Favoriser la prise de poids : il n'y a pas de prise de muscle sans prise de poids ! Et la contre-apposée est également vraie.
- Durée de prescription préconisée de 3 mois avec bilan initial de 2 à 3 séances/semaine et au moins 1 jour de repos entre 2 séances.



AIDES À LA PRESCRIPTION

Beaucoup de programmes et d'application existent déjà. Voici quelques liens et des QR codes vers des outils déjà bien faits sur le sujet.

Pour des exercices à domicile, proposer les outils vivifrail accessibles sur internet avec des propositions d'exercice selon le niveau de forme de votre patient. WWW.VIVIFRAIL.COM



Application d'aide à la prescription APAclic



Orienter les patients vers les 500 maisons sport-santé réparties sur tout le territoire.



Site de la HAS pour aide à la prescription avec activités recommandées par pathologie.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Le site du Vidal



MÉDICOSPORT-SANTÉ

Quel sport pour votre patient ?

→ Accès par sport



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail 2016. <https://www.anses.fr/fr/content/actualisation-des-reperes-du-pnns-revisions-des-reperes-relatifs-a-l-activite-physique-et-a-la-sedentarite> (accessed May 26, 2025).
- [2] Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. 2016.
- [3] Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé. Haute Autorité de Santé n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante (accessed May 26, 2025).
- [4] Sørensen J, Sørensen JB, Skovgaard T, Bredahl T, Puggaard L. Exercise on prescription: changes in physical activity and health-related quality of life in five Danish programmes. Eur J Public Health 2011;21:56–62. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq003>.
- [5] Swinburn BA, Walter LG, Arroll B, Tilyard MW, Russell DG. The green prescription study: a randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners. Am J Public Health 1998;88:288–91. <https://doi.org/10.2105/ajph.88.2.288>.

Dr Jérémie HUET, CCU-AH Gériatrie, CHU de Nantes
 Camille LE MÈE, Médecine Générale, CHU de Nantes
 Joséphine BOUCHAND, Médecine Générale, CHU de Nantes
 Célie LETELLIER, Médecine Générale, CHU de Nantes

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES



ENSEIGNANT EN ACTIVITÉS PHYSIQUES ADAPTÉES

INTERVIEW DE LÉO BARASSIN

Bonjour et tout d'abord merci d'avoir bien voulu répondre à nos questions ! Pour commencer, pouvez-vous vous présenter en quelques mots et nous parler de votre formation et parcours ?

Bonjour, je suis Léo Barassin, Enseignant en Activité Physique Adaptée (EAPA) au sein du pôle Parasport Santé à l'ISPC.

J'ai suivi un cursus universitaire en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS), avec une licence en entraînement sportif à l'Université d'Orsay, puis un master en Activité Physique Adaptée (APA) à l'Université de Nanterre, ainsi qu'une licence APA&S (Activité Physique Adaptée et Santé) également à Nanterre. J'ai commencé à travailler à l'hôpital Ambroise Paré (92) en transversalité dans différents services (médecine interne, pneumologie, gériatrie, pédiatrie...).

J'ai rejoint le projet IPS (anciennement ISPC) en mai 2021 avec pour objectif de créer un service dédié à la levée des freins à la pratique d'une activité physique et/ou sportive pour des personnes en situation de handicap.

Au quotidien, à quoi ressemble votre activité ?

Au quotidien, j'évalue les besoins des personnes qui nous sollicitent afin d'identifier et de trouver des solutions aux freins à leur pratique d'activité physique. Cela se fait en service, dans des salles de consultation ou directement sur des lieux de pratique (gymnase, salle d'escalade, base de loisirs...).



Pouvez-vous nous décrire plus en détail en quoi consiste une séance ou consultation d'EAPA ?

Un EAPA est un professionnel qui utilise l'activité physique et sportive comme outil thérapeutique.

Ainsi, un EAPA peut utiliser des outils comme la musculation et le travail cardio-respiratoire pour développer la condition physique de façon analytique. Il peut aussi mettre en place des situations comme des jeux de tennis de table pour développer l'équilibre intrinsèque/extrinsèque du patient, tout en garantissant une mise en situation ludique qui favorise l'adhérence thérapeutique. Dans d'autres cas, l'EAPA peut utiliser des jeux pour modifier le comportement des personnes, notamment celles souffrant de pathologies psychiatriques ou psychologiques comme des troubles de l'anxiété sociale. Par exemple, des jeux comme le "chat" avec des règles adaptées peuvent aider à lutter contre ces symptômes. L'encadrement commence aux suites d'une prescription médicale par une évaluation (test de marche de 6 minutes, assis debout, questionnaires...) permettant de déterminer les axes de travail et les objectifs thérapeutique des séances.

Concernant votre activité au sein de l'Unité Paraport-Santé, comprend-t-elle également des interventions auprès de patients âgés ?

Évidemment ! La pratique d'une activité physique est bénéfique à tout âge, et cela est d'autant plus vrai lorsqu'on vieillit. La question que nous traitons au sein de notre service est : comment pratiquer une activité physique en situation de handicap et avec un handicap vieillissant ? Cela est d'autant plus important que l'espérance de vie des personnes en situation de handicap augmente grâce aux progrès de la médecine.

Quel serait pour vous l'apport d'un(e) EAPA dans les différentes unités gériatriques ?

L'apport des séances d'APA encadrées par des EAPA au sein des services gériatriques présente plusieurs intérêts :

- **D'un point de vue biologique**

- ◆ Amélioration de la condition physique (cardio, force, souplesse, équilibre), permettant une meilleure autonomie et une réduction du risque de chute.

- ◆ Prévention des maladies chroniques (diabète, hypertension, troubles cardiovasculaires) et des maladies neurodégénératives (Alzheimer).

- ◆ Amélioration du métabolisme, avec une réduction de la masse grasse.

- **D'un point de vue psychologique**

- ◆ Réduction du stress et de l'anxiété grâce à la libération d'endorphines, ce qui aide à lutter contre la dépression courante chez les personnes âgées.

- ◆ Amélioration de l'estime de soi, favorisée par une mise en réussite lors des exercices proposés par l'EAPA.
- ◆ Maintien des capacités cognitives, grâce à des exercices de doubles tâches ou des stimulations cognitives au cours des différentes mises en situation.

- **D'un point de vue social**

- ◆ Renforcement des liens sociaux, facilité par des séances de pratique collective.

- ◆ Favoriser la participation à une vie sociale active, hors de l'hôpital, afin de prolonger la pratique découverte en centre au sein de la collectivité ou dans des associations proches de chez la personne.

Existe-t-il des différences entre le court séjour, le SMR et l'EHPAD ?

Oui, la durée moyenne de séjour étant différente entre MCO, SMR et l'EHPAD, la stratégie thérapeutique et les conditions de pratique seront également différentes. Le court séjour (MCO) aura pour stratégie l'enseignement et l'éducation autour des bienfaits de l'activité physique et des bonnes pratiques.

Les séjours plus longs laissent place à des cycles complets avec des axes de travail bien définis en centre SMR, ainsi qu'à un entretien des capacités physiques et cognitives en EHPAD, favorisant un vieillissement en bonne santé.

Enfin, comment vos patients vous perçoivent-ils ?

Les patients que nous encadrions sont généralement très satisfaits d'avoir cette opportunité thérapeutique et se rendent compte qu'ils ont la capacité de réaliser beaucoup de choses, malgré une pathologie, un handicap ou le vieillissement. Ils apprennent également tous les bienfaits d'une pratique régulière.

Léo BARASSIN

Enseignant en activité physique adaptée,
Pôle Paraport Santé – ISPC Synergies
leo.barassin@isp-synergies.org

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

L'HÔPITAL DE JOUR MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION GÉRIATRIQUE UNE COORDINATION AU CŒUR DU PARCOURS DE SOINS

L'hôpital de jour (HDJ) de rééducation gériatrique s'adresse à des patients âgés présentant une perte d'autonomie récente, souvent multifactorielle, et qui nécessitent une approche multidisciplinaire coordonnée. Le médecin de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) joue un rôle central dans la structuration, la hiérarchisation et le suivi du projet de soins individualisé.



1/ IDENTIFIER LE PROFIL PATIENT POUR LA BONNE ORIENTATION

SOLICITATION DU MÉDECIN MPR

Évaluation médicale initiale + Analyse fonctionnelle et environnementale



DÉTERMINATION DU PROFIL PATIENT

Patient à visée diagnostique fonctionnelle

Chute inexplicable, suspicion de fragilité, plainte de fatigue ou de trouble de la marche, désadaptation à l'effort.

Patient post-aigu nécessitant une rééducation ciblée

Retour à domicile après chirurgie, décompensation, épisode infectieux ou dénutrition.

Patient avec troubles cognitifs débutants à modérés

Travail sur les fonctions exécutives, doubles tâches, prévention du risque de chute, stimulation globale.

Patient présentant un syndrome parkinsonien

Stratégie de compensation, travail sur l'équilibre, guidance des aidants.

Patient vivant à domicile en situation de dépendance installée mais stabilisée

Maintien des acquis, réentraînement à l'effort, prévention de la perte d'autonomie.



Hypothèses de déficiences ou de désadaptation fonctionnelle

ORIENTATION VERS LE PROGRAMME THÉRAPEUTIQUE ADÉQUAT

2/ ÉVALUATION GLOBALE, PLURIDISCIPLINAIRE ET PERSONNALISÉE

OUTILS D'ÉVALUATION COURAMMENT MOBILISÉS

- Autonomie : AGGIR, ADL, IADL
- Motricité : Test de Tinetti, Timed Up and Go, Short Physical Performance Battery (SPPB)
- Cognition : MMS, MoCA
- Équilibre, coordination, marche, douleur, fatigue
- Environnement : Logement, moyens d'aide, présence d'un aidant, freins au retour à domicile

ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

- **Kinésithérapeute** : Renforcement musculaire, équilibre, marche, coordination
- **Ergothérapeute** : Autonomie dans les AVQ/IADL, conseils techniques et aménagement du domicile
- **Psychomotricien** : Schéma corporel, troubles du tonus, intégration sensorielle
- **Orthophoniste** : Langage, fonctions exécutives, mémoire, communication
- **Neuropsychologue** : Évaluation fine des fonctions cognitives
- **Diététicien** : Conseils nutritionnels, prise en charge de la dénutrition
- **Assistant social** : Coordination avec le domicile, aides, réseaux
- **Infirmier/IDE** : Suivi des traitements, prévention des risques, éducation thérapeutique

**ANALYSE EN ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE SOUS LA COORDINATION DU MÉDECIN MPR (PRESCRIPTEUR)**

Définition des objectifs rééducatifs réalistes, en cohérence avec le contexte médical, fonctionnel, social et cognitif.

**PROJET DE SOIN PERSONNALISÉ (ADAPTÉ ET RÉÉVALUÉ AU LONG DU SÉJOUR)**

3/ ANTICIPER LA SORTIE ET GARANTIR LA CONTINUITÉ DES SOINS

La sortie du HDJ est anticipée dès l'admission. Le médecin MPR assure le lien avec les acteurs de ville, les structures d'aval (SSIAD, ESA, kiné libéraux), les médecins traitants ou les gériatres hospitaliers, pour garantir une continuité optimale des soins.

Dans certains cas, si l'HDJ s'avère inadapté (troubles du comportement, fatigabilité trop importante, absence de transport adapté, isolement social), le médecin MPR oriente vers une hospitalisation complète, une consultation mémoire ou une coordination avec une équipe mobile de gériatrie ou de rééducation.

4/ CONCLUSION

L'HDJ MPR GÉRIATRIQUE

- Réaliser l'évaluation globale initiale (médicale, fonctionnelle, environnementale)
- Identifier les objectifs de rééducation individualisés
- Coordonne l'équipe pluridisciplinaire
- Prescription de soins et réévaluation régulièrement des résultats
- Établir le lien entre les professionnels intra- et extra-hospitaliers
- Garantit la cohérence et la sécurité du parcours patient.

L'hôpital de jour de rééducation gériatrique offre une réponse adaptée à la complexité des patients âgés vivant à domicile. Le médecin MPR, par sa vision intégrative et coordonnatrice, permet de transformer un constat de perte d'autonomie en un véritable projet de réadaptation personnalisé, en lien étroit avec les autres professionnels et les aidants.

RÉFÉRENCES

- Recommandations de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG).
- Recommandations de la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SFMPR) : Recommandations pratiques pour la prise en charge des patients âgés en réadaptation.
- Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation. Volume 28, Issue 3, September 2008, Pages 116-122.
- Effectiveness of geriatric rehabilitation in inpatient and day hospital settings: a systematic review and meta-analysis BMC Medicine volume 22, Article number: 551 (2024).
- Réflexions sur la place de l'hôpital de jour dans la filière de soins gériatrique Jean Marc Michel 2012, NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie.

Dr Hacène CHEKROUD
PH de Médecine physique et de réadaptation
Groupe Hospitalier Loos Haubourdin

Dr Sandra BRISSART
PH de Gériatrie au Centre Hospitalier de DOUAI
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

L'HOSPITALISATION À DOMICILE DE RÉADAPTATION (HAD-R)

QU'EST-CE QUE C'EST ?

L'Hospitalisation A Domicile de Réadaptation (HAD-R) propose une prise en charge réadaptative et rééducative menée par des professionnels de rééducation spécialisés qui se déplacent directement à domicile (y compris au sein des établissements d'hébergement tels que les EHPAD). Ce suivi accompagne les personnes pour une meilleure autonomie/indépendance dans la pratique des activités de vie quotidienne. L'accompagnement est réalisé selon un Projet Personnalisé de Soins de réadaptation (PPS) construit en collaboration avec la personne et son entourage. Le suivi s'effectue en lien avec une HAD-Polyvalente (HAD-P) qui répond notamment aux besoins en termes de soins infirmiers et médicaux. Un accompagnement psychologique et social peut également être déployé. À noter que ce séjour est systématiquement effectué avec l'accord préalable de la personne et de son médecin traitant.



COMMENT Y ACCÉDER ?

La demande d'HAD-R doit être effectuée par un médecin. Les équipes d'HAD-R fonctionnent par secteur géographique et les demandes d'admission peuvent varier en fonction des équipes : il est possible de réaliser une demande en complétant un formulaire ou par ViaTrajectoire. La demande est ensuite étudiée par une commission d'admission. Un entretien de préadmission ainsi qu'une consultation médicale initiale par un médecin de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) sont ensuite réalisés afin de valider l'indication en HAD-R et de définir les premiers objectifs d'intervention en lien avec l'accompagnement à domicile.

Les personnes adressées en HAD-R peuvent être orientées depuis :

- Le domicile en cas de constat d'une problématique de maintien sécuritaire sur le lieu de vie et l'identification d'un besoin réadaptatif et rééducatif (adressage par un médecin qui suit le patient ou par une Equipe Mobile d'Expertise en Réadaptation EMER).
- Un hôpital de jour (HDI) de MPR si le transfert des acquis est difficile vers le lieu de vie.
- Une hospitalisation complète afin d'encadrer un retour à domicile complexe et poursuivre la réadaptation/rééducation de manière écologique.

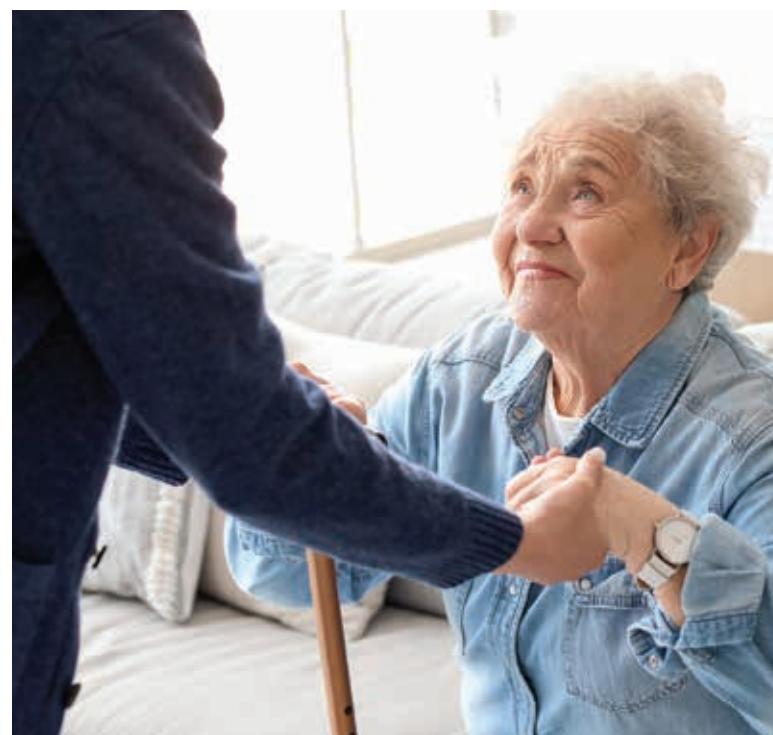
QUELS PROFESSIONNELS ?

Au sein d'une HAD-R, le médecin MPR coordonne les soins de réadaptation et de rééducation et assure une supervision médicale. Les professionnels de rééducation suivants peuvent ensuite compléter l'équipe d'HAD-R :

- L'ergothérapeute (dont un ergothérapeute coordinateur).
- Le kinésithérapeute.
- L'enseignant en activités physiques adaptées.
- L'orthophoniste.
- Le psychomotricien.

En fonction des besoins, l'HAD-Polyvalente partenaire peut également détacher les professionnels suivants :

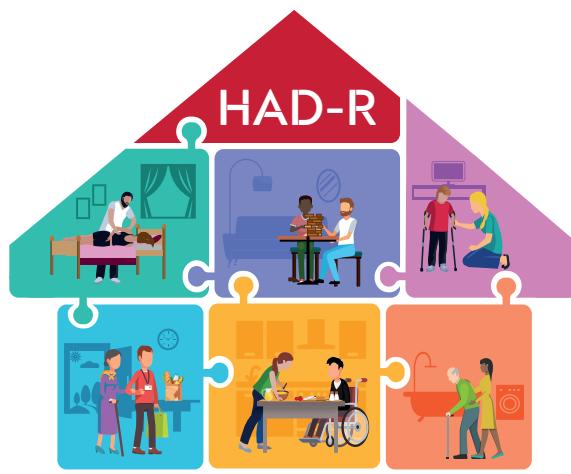
- Infirmier et aide-soignant.
- Psychologue et assistant social.
- Diététicien.



QUI EST CONCERNÉ ?

Toute personne adulte, domiciliée sur le secteur d'intervention d'une équipe d'HAD-R (l'ensemble du territoire n'est pas couvert), nécessitant un accompagnement pluridisciplinaire en termes de soins infirmiers/médi-caux et une réadaptation/rééducation ciblée directement sur le lieu de vie et disposant d'un environnement architectural permettant l'intervention des professionnels à domicile.

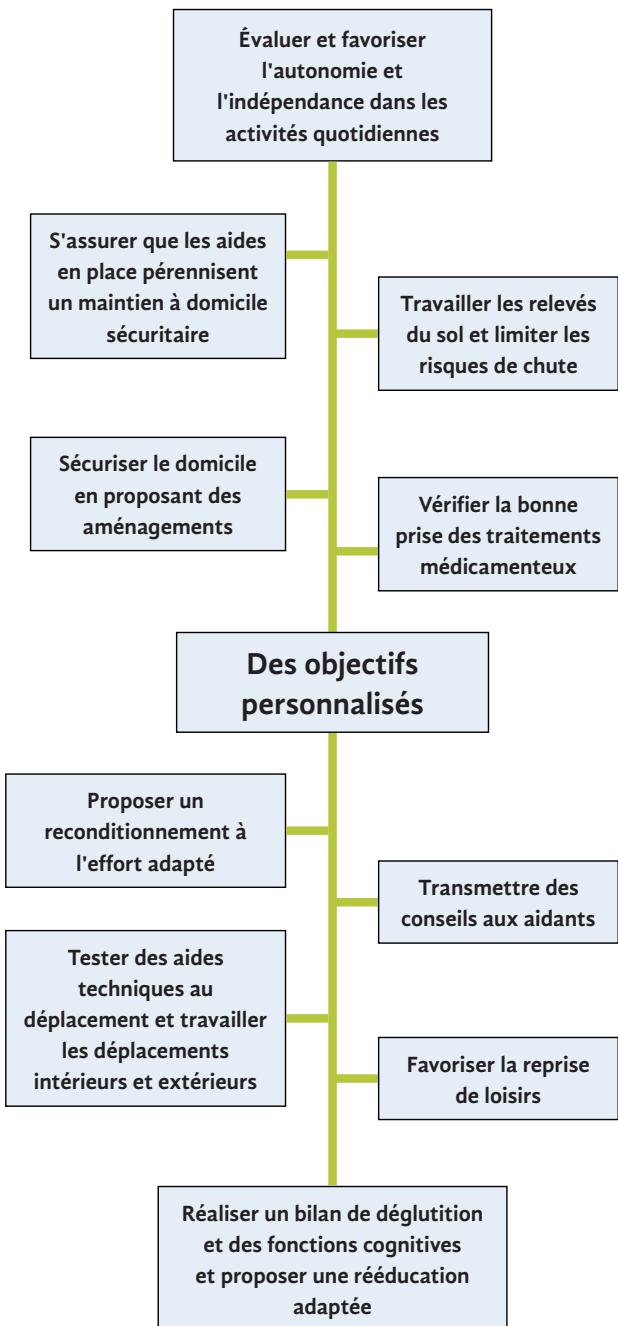
À noter que l'équipe d'HAD-R n'a pas vocation à organiser les sorties d'hospitalisation mais réajuste les aides mises en place par le service adresseur une fois la personne à domicile. De plus, pour les personnes vivant déjà à domicile, les aides en place (IDEL, auxiliaires de vie, SSIAD...) sont maintenues tout au long du suivi et collaborent avec l'HAD-R et l'HAD-P.



© ARS | <https://www.iledefrance.ars.sante.fr>

EN PRATIQUE ?

- Séjour de 4 à 6 semaines ou plus si besoin.
- Cinq séances minimum par semaine d'une durée de 30 à 45 minutes environ.
- Au minimum deux intervenants de rééducation différents et au moins une consultation médicale durant le séjour.
- Un staff pluridisciplinaire hebdomadaire.
- La possibilité d'orienter vers un HDJ MPR durant le séjour pour des actes ponctuels spécifiques (toxine bolognique...).
- La recherche de relais (libéral, HDJ MPR, équipe mobile, accueil de jour...) afin de favoriser la poursuite du suivi.



Dr Pierre-Antoine PILOQUET
Médecin MPR HAD-R de Châtillon

Camille GAMAIN
Ergothérapeute coordinatrice HAD-R de Châtillon

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

RETOUR DE CONGRÈS

RETOUR SUR LE CONGRÈS MONACO AGE ONCOLOGY 2025 DU 29 AU 31 JANVIER 2025



10^{ème} Monaco
Age Oncologie

Cours Francophone d'Oncogériatrie

Sous le Haut Patronage de S.A.S. le Prince Albert II de Monaco

MONTE-CARLO CONGRESS CENTRE (HÔTEL FAIRMONT)



MYÉLOME MULTIPLE (MM) : TRAITEMENT

Pour les patients âgés de moins de 70 ans et en bon état général pour un traitement intensif, on propose une chimiothérapie à haute dose suivie d'autogreffe des cellules souches hématopoïétiques.

Pour les personnes âgées de plus de 70 ans, une évaluation de la fragilité et des risques est recommandée afin de proposer le traitement le plus adapté :

- Le score d'évaluation de la fragilité est le simplified IMWG Score comprenant : l'âge, l'index de comorbidité de Charlson, et le Performance Status.
- L'évaluation des risques prend en compte :
 - ◆ Les risques liés au myélome (génomique, score ISS et R-ISS, lésions extra-médullaires, plasmoblastes et plasmocytes circulants) ;
 - ◆ Les risques liés aux complications (maladie osseuse notamment si déficit neurologique, hypercalcémie pouvant nécessiter une prise en charge en soins intensifs, insuffisance rénale pouvant nécessiter une dialyse...).

LES OBJECTIFS DU TRAITEMENT CHEZ LE SUJET ÂGÉ SONT :

- Diminuer les symptômes de la maladie.
- Limiter la progression.
- Prolonger la qualité de vie en limitant la progression et espacer les cures (donc de diminuer le temps sous traitement, les hospitalisations...).
- Augmenter la survie globale.

LES TRAITEMENTS

Il y a une avancée majeure dans la prise en charge du myélome grâce à l'association immunothérapie + immunomodulateur. En effet, l'immunothérapie peut être proposée sans limite d'âge : les anticorps bispécifiques ont une efficacité égale chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune mais un risque de toxicité majorée.

La prévention du risque infectieux est également un axe du traitement avec la prophylaxie anti-zostérienne, les vaccinations (grippe, COVID19, pneumocoque...) ; des immunoglobulines polyvalentes peuvent également être administrée.

Dr Nesrine MENTRI
PHc, CH Narbonne

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

LA NUTRITION EN CANCÉROLOGIE

DÉFINITION

Le vieillissement musculaire ou la dyapénie se caractérise par une altération fonctionnelle du muscle liée à l'âge, en dehors de toute maladie neurologique ou musculaire, avec une perte de force musculaire et de la vitesse du geste, ainsi qu'une susceptibilité à développer une sarcopénie.

La sarcopénie est définie par une diminution de la masse musculaire squelettique avec une diminution de la force musculaire. Sa sévérité s'exprime par une diminution des performances physiques. Cela représente un risque accru de morbidité et de mortalité.

PRÉVALENCE

La prévalence de la sarcopénie augmente dans le cancer. Elle est de 38 % en pré-thérapeutique (79 % dans le cancer du poumon, 24 % dans le cancer gastrique).

Dans le cancer de la prostate (cancer le plus fréquent chez l'homme), la prévalence serait de l'ordre de 30 %. L'hormonothérapie entraîne des troubles métaboliques, une asthénie et une altération de la fonction physique, facteurs d'aggravation de la sarcopénie.

CONSÉQUENCES

L'impact de la dénutrition sur le pronostic en cancérologie est très important :

- Augmentation du risque d'infection nosocomiale ;
- Augmentation du risque de complications mineures et majeures post-opératoires ;
- Augmentation des complications de la chimiothérapie et de la radiothérapie ;
- Augmentation de la mortalité après chimiothérapie ou greffe de cellules souches ;
- Diminution de la réponse à la chimiothérapie ;
- Diminution de la résécabilité des cancers digestifs ;
- Diminution de la qualité de vie après la chirurgie/radiothérapie/chimiothérapie ;
- 5 % à 25 % des décès en cancérologie sont les conséquences de la dénutrition.

DÉPISTAGE

30 % à 50 % des patients atteints de cancer présentent une perte de poids et sont potentiellement dénutris avant même le début du traitement. Il y a donc un intérêt à un dépistage systématique avant le traitement :

- Le score SARC-F peut être utilisé pour le repérage de la sarcopénie, en prenant en compte un seuil supérieur ou égal à 4/10.
- La masse musculaire est le plus souvent évaluée par le scanner en oncologie, et le DXA en gériatrie. L'IRM est encore très peu utilisée.
- La force musculaire est évaluée par le test des 5 leviers de chaise et la force de préhension.

Les performances physiques sont évaluées par la vitesse de marche, TGUG, SPPB et le test de marche sur 400m.

PRISE EN CHARGE

La prise en charge de la sarcopénie et de la dénutrition est étroitement liée et doit être débutée rapidement.

- Suivi diététique avec une alimentation riche en protéine et calorie et éventuellement des compléments nutritionnels oraux.
- Prise en charge des symptômes qui limitent l'alimentation et des compléments nutritionnels oraux.
- Proposer une activité physique adaptée (APA) sur ordonnance. Il est toujours préconisé de pratiquer au moins 30 min d'activité physique modérée (endurance) au moins 5 jours par semaine, y compris pour les personnes âgées.
- Si une nutrition artificielle est nécessaire, privilégier une nutrition entérale plutôt que parentérale.

Il y aurait un intérêt probable des acides gras poly-insaturés (AGPI) Omega 3 pendant la chimiothérapie pour augmenter l'appétit, les ingestions, la masse maigre et le poids.

Il n'y a aucune place pour les régimes restrictifs (ex : régime céto-gène, jeûne intermittent...). L'Institut National du Cancer (INCa) et le Réseau Nutrition Activité Physique Cancer Recherche (NACRe) ne recommandent pas cette pratique en raison du manque de preuve suffisante de bénéfice (en particulier des études sur l'homme).



Dr Nesrine MENTRI
PHc, CH Narbonne
POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

« TRAITER UNE FEMME, PAS UN ÂGE »

Le risque de cancer du sein augmente avec l'âge : si toutes les femmes vivaient au-delà de 70 ans, 1 femme sur 8 aurait ou aurait eu un cancer du sein.

La collaboration entre oncologue et gériatre est capitale dans la prise en charge : il existe un réel bénéfice du traitement chez les personnes âgées :

- Un avis gériatrique après une RCP d'oncologie entraîne 28 à 40 % de modification de la proposition initiale et dans ces cas-là, 66 % de « désescalade » thérapeutique.
- Un effet positif est noté sur la réalisation du traitement, la toxicité, la satisfaction du patient et la communication.
- L'âge est un facteur prédictif indépendant des effets indésirables associés au traitement, notamment lorsqu'on s'appuie sur les résultats d'essais menés auprès d'adultes jeunes.

La réflexion autour d'un traitement adjuvant est souvent difficile. La chimiothérapie ne doit pas être abandonnée au prétexte de l'âge. Le gain éventuel de survie doit toujours être mis en balance avec l'espérance de vie et les toxicités.

Entre 70 et 80 ans, l'impact de l'inobservance des traitements adjuvants sur le surrisque de décès explose. L'observance des traitements est directement liée à la perception du risque par les patientes, transmise au travers de la consultation d'annonce par son oncologue. Les patients nécessitent une explication claire de la balance bénéfices (préservés voire supérieurs) et risques (modérés) du traitement sous couvert d'une surveillance étroite et d'un arrêt possible du traitement en cas de toxicité rédhibitoire.

Dr Selma BEN LETAIFA

Gériatre, Hôpital Émile Roux APHP

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

INTERACTION ENTRE HÉMATOLOGIE ET ONCOLOGIE

QUELLE GESTION PRATIQUE DES TOXICITÉS HÉMATOLOGIQUES À COURT ET MOYEN TERME ?

Thrombopénie

La prise en charge d'une thrombopénie en oncologie relève principalement de la prévention de celle-ci et de l'adaptation des divers traitements du patient. Si nécessaire, il est possible de transfuser en plaquettes : prescription d'un produit déplasmatisé. En cas de transfusion inefficace, il faut réaliser une recherche anti-HLA.

Il existe maintenant des agonistes TPO (thrombopoïétine) que l'on administre parfois dans un contexte de syndrome myélodysplasique (SMD) ou après des CART-Cell.

Neutropénie

Concernant les neutropénies induites par chimiothérapie cytotoxiques, il faut éviter l'injection de facteurs de croissance granulocytaires (GCS-F) avant J2 pour limiter l'impact médullaire.

Les inhibiteurs de CDK4/6 (iCDK4/6) et les inhibiteurs de PARP (iPARP), induisent des neutropénies mais rarement fébriles.

Anémie

L'objectif des patients sous chimiothérapie est d'avoir une hémodglobine > 12g/dl : on peut donc prescrire pour atteindre ce seuil (et sans le dépasser) de l'Epoétine ou de la Darbopoiétine α.

Si hémodglobine est inférieure à 11g/dl et la ferritine à 100ng/ml, il y a indication à administrer du fer IV.

En cas de supplémentation par fer per os, il ne faut pas dépasser une prise par jour et 1 jour sur 2 pour permettre une meilleure absorption et limiter la toxicité du fer per os.

INTÉRÊT DES CHIP

Les CHIP (Clonal Hematopoiesis of Indetermined Potential) sont des clones hématopoïétiques dans le sang ou la moelle avec un fraction de variant allélique (Variant Allelic Fraction - VAF) à plus de 2%. Lorsque ces clones évoluent, ils peuvent aboutir à des cytopénies persistantes inexplicées que nomme les CCUS (Cytopénie Clonale de Signification Indéterminée) voire une hémopathie par la suite.

Les CHIP sont des clones sur lesquelles on retrouve plusieurs mutations possibles. En filtrant ces CHIP on peut repérer les variants tumoraux, identifier les cibles thérapeutiques pour optimiser l'utilisation de certains traitements comme les inhibiteurs de PARP.

Ces CHIPS sont présentes dans 95 % de la population à tous les âges. Il ne faut pas les rechercher de manière systématique. Le score CHRS aide à déterminer le risque d'hémopathie à 10 ans de la découverte de leur CHIP.

Dr Selma BEN LETAIFA

Gériatre, Hôpital Émile Roux APHP

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

LES PROGRÈS RÉCENTS EN ONCOLOGIE THORACIQUE SONT-ILS APPLICABLES AUX PERSONNES ÂGÉES ?

INHIBITEURS DE TYROSINE KINASES

Chez les personnes âgées :

- Les mutations ALK sont plus rares.
- La proportion de patients avec une mutation RET est similaire à la proportion de patients avec une mutation EGFR.

Pour les mutations EGFR, les traitements ciblés peuvent se prescrire assez longtemps avant l'instauration de la chimiothérapie puisqu'il existe maintenant plusieurs lignes de d'inhibiteurs de la tyrosine kinase (TKI).

Les traitements se prennent essentiellement en per os. Les toxicités aiguës sont quasi inexistantes ; ce sont les toxicités chroniques qui rendent l'observance limitée sur le long terme.

Le risque d'interactions médicamenteuses est important.

Concernant les effets indésirables, les TKI anti-ALK et anti-ROS peuvent être responsables de vertiges, de dysesthésies ou de troubles neurocognitifs (effet NTRK 1-3).

ANTICORPS BISPÉCIFIQUES

Les anticorps bispécifiques sont composés d'un anticorps (qui se fixe à un antigène comme le Trastuzumab sur le récepteur HER2), un linker (qui retient le payload) et le payload (après internalisation de l'anticorps et dégradation lysosomale de ce dernier, le payload est libéré et exerce son action cytotoxique dans la cellule tumorale comme le fait par exemple le Deruxtecan dans l'anticorps bispécifique Trastuzumab-Deruxtecan).

Ces nouveaux traitements sont pourvoyeurs de toxicités liées à :

- Leur action d'anticorps sur la tumeur.
- À l'action du payload sur la tumeur.
- À l'action du payload hors tumeur.

On retrouve des stomatites, une toxicité oculaire, cardiaque, hématologique, et des diarrhées.

On voit également apparaître de nouveaux effets indésirables avec notamment les syndromes de relargages cytokiniques ou encore les ICANS (Immune effector Cell-Associated Neurotoxicity Syndrome Cytokine Release Syndrome) responsables d'encéphalopathies, d'oedème intracérébral, de céphalées, de dysphagies, de syndromes confusionnels, d'ataxie, de tremblements, de myoclonies ou encore de crises d'épilepsies.



Leur prise en charge a d'ailleurs fait l'objet de recommandations récentes préconisant dans ce contexte l'administration d'une corticothérapie voire de Tocilizumab.

Attention à la polymédication, notamment chez les personnes âgées, avec comme exemple la prise d'inhibiteur de la pompe à proton qui a une action délétère sur l'immunothérapie.

STRATÉGIES PÉRI-OPÉRATOIRES

La radiothérapie stéréotaxique est le traitement de première intention si le patient n'est pas opérable.

Si le patient est opérable :

- Pour les stades Ia ($T1 < 2 \text{ cm } N0$) : indication à une segmentectomie avec curage ou une lobectomie vidéo-assistée.
- Pour les stades Ib et $I > 2\text{cm}$: lobectomie vidéo-assistée après chimiothérapie + immunothérapie néoadjuvante (notamment si PS 0-1, patient FIT et < 75 ans).
- Pour les stades allant de IIa à IIIb :
 - ◆ Pour les patients de 70 à 75 ans : chimiothérapie adjuvante puis surveillance.
 - ◆ Pour les patients de plus de 75 ans (surtout > 80 ans) : la chimiothérapie n'est toutefois pas recommandée car aucun bénéfice n'a été retrouvé.
- Pour les tumeurs EGFR +, on préconise un traitement adjuvant par Osimertinib pendant 3 ans.
- Pour les tumeurs avec mutation ALK +, on peut proposer de l'Alectinib pendant 2 ans.

Chez les patients de plus de 65 ans, avec une tumeur score PD-L1 élevé, on retrouve un bénéfice à réaliser en néoadjuvant une association de chimiothérapie + immunothérapie puis une chirurgie puis poursuite en adjuvant d'une immunothérapie sur 1 an.

Dr Ludovic ROBRE
Gériatre, Centre hospitalier Sud Charente
POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

ONCOLOGIE DIGESTIVE CHEZ LA PERSONNE AGÉE

QUE FAIRE CHEZ UN PATIENT Âgé ATTEINT DE CANCER COLORECTAL AVEC MUTATION BRAF V600E ?

En 1^{ère} ligne de traitement, on proposera plutôt du 5FU ou du Xeloda, en association avec du Bevacizumab ou une bi-chimiothérapie sur avis d'expert. Si en revanche, le patient présente un statut MSI, il bénéficiera de l'administration de Pembrolizumab.

En seconde ligne, on proposera comme association Cetuximab (anti-EGFR) + Encorafenib (TKI) au minimum, voire en association avec une 3^{ème} molécule à savoir le Binimétinib (anti-MEK).

Les principaux effets indésirables de l'Encorafenib sont les diarrhées, les céphalées, les arthralgies et les interactions médicamenteuses. Il existe d'ailleurs moins de toxicité cutanée avec une association Cetuximab + Encorafenib.

INTÉRÊT DE LA BIOPSIE LIQUIDE DANS LES CANCERS DIGESTIFS

L'analyse de l'ADN circulant permet une recherche des anomalies génomiques (mutation...) et épigénétiques (méthylation...). La détection de mutations permet maintenant un séquençage qui améliore la sensibilité pour la détection de molécules plus spécifiques permettant notamment de mieux caractériser la tumeur.

LES QUESTIONS QUI SE POSENT SONT :

- Valeur pronostique : peut-on considérer que selon la quantité d'ADN tumoral restant le patient est guéri ?
- Valeur prédictive : qui traîter selon l'ADN circulant ? Peut-on considérer que l'absence d'ADN circulant permettent de valider l'absence de traitement adjuvant
- Marqueur d'efficacité : peut-on s'aider de l'ADN circulant pour une désescalade des thérapeutiques ou à l'inverse une intensification ?

Dr Ludovic ROBBE

Gériatre, Centre hospitalier Sud Charente

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

CHIRURGIE ET TRAITEMENT DES GIST

STADE LOCALISÉ

Le traitement de référence est la chirurgie complète avec marges saines (cependant pas de reprise chirurgicale si R1). L'essaimage ganglionnaire est rare, donc il n'y a pas d'indication à un curage ganglionnaire.

En cas de GIST multiple du grêle, on traite seulement les localisations symptomatiques (occlusions...).

De principe, la tumeur est biopsiée pour une analyse mutationnelle afin de mettre en place un traitement par Imatinib (GLIVEC) en néoadjuvant d'une chirurgie, puis le GLIVEC est repris en adjuvant pour au moins 3 ans.

STADE MÉTASTATIQUE

Introduction d'emblée de l'Imatinib sans arrêt du traitement.

En 2nd ligne on pourra proposer du Sunitinib ; en 3^{ème} ligne du Regorafenib et en 4^{ème} ligne le Ripretinib.

Pour les GIST résistantes à l'Imatinib (mutation PDGFRA ex 18D842V), l'Avapratinib est en cours d'évaluation.



Si les patients sont répondeurs complets, on peut proposer une chirurgie également, ce qui permettra d'améliorer la survie des patients mais l'Imatinib devra toujours être repris en post-opératoire.

Dr Ludovic ROBBE

Gériatre, Centre hospitalier Sud Charente

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

ONCO-UROLOGIE

ACTUALITÉS DANS LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE HORMONOSENSIBLE

Pour un cancer de prostate métastatique d'emblée :

- Petit volume tumoral : association radiothérapie locale + double hormonothérapie.
- Haut volume tumoral : triplet par Taxotere + double hormonothérapie (la radiothérapie locale peut se discuter pour éviter certaines complications liées à la tumeur).

Dans l'évaluation gériatrique, il est important d'évaluer la cognition car c'est sur cette dernière que les traitements du cancer de la prostate ont le plus de répercussion.

À noter que l'Acétate d'Abiratérone présente une toxicité plus importante et plus sévère chez la personne âgée.

ACTUALITÉS DANS LE CANCER UROTHÉLIAL EN 1^{ÈRE} LIGNE MÉTASTATIQUE

Les nouvelles recommandations tendent vers l'association Enfortumab-Vedotin et Pembrolizumab pour les patients éligibles (en bon état général).

Les principaux effets indésirables sont des réactions cutanées (décollements cutanés notamment), une atteinte des muqueuses, de la fièvre, des neuropathies, un diabète, un syndrome sec, les divers effets indésirables de l'immunothérapie.

Les effets indésirables dermatologiques s'améliorent après une suspension de l'Erfotumab-Vedotin, l'application d'une crème hydratante et d'un dermocorticoïde, ainsi que la prise d'un antihistaminique et une éventuelle corticothérapie générale.

Les toxicités neurologiques sont plus tardives (à 2-3 mois de l'introduction du traitement) : il faut dans ce cas-là suspendre, arrêter ou diminuer les doses de traitement.

TRAITEMENTS FOCAUX DANS LE CANCER DU REIN DU SUJET Âgé FRAGILES

Le traitement des cancers du rein T1-T2 est la néphrectomie partielle (cœlioscopie ou robot).

En cas de contre-indication à la chirurgie, on peut envisager comme traitement focal (après réalisation d'une biopsie préalable) un traitement ablatif de type radiofréquence (complications : douleurs neuropathiques ou de lésions des voies excrétrices) ou une cryothérapie.

La radiothérapie stéréotaxique peut aussi être une alternative si les traitements ablatifs ne sont pas réalisables.

En cas de tumeur < 4cm localisée, on peut réaliser également une simple surveillance.

Dr Ludovic ROBBE

Gériatre, Centre hospitalier Sud Charente

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

DÉFICIT EN TESTOSTÉRONE, Y PENSER EN CANCÉROLOGIE

DÉFINITION

Signes et symptômes cliniques associés à une diminution de la concentration ou de l'activité des androgènes sérieux.

CLINIQUES

- **Sexualité** : Diminution du désir et de l'activité sexuel, diminution ou abolition des érections spontanées, éjaculations retardées, dysfonction érectile, infertilité, petits testicules, puberté retardée, diminution de volume du sperme, pensées sexuelles moins fréquentes.
- **Physique** : Fatigue, ostéoporose, gynécomastie, diminution de la pilosité, troubles du sommeil, bouffées de chaleur, diminution de la masse musculaire, diminution de la taille, fractures pathologiques.
- **Psychologie** : Anxiété, irritabilité, humeur dépressive, diminution de la sensation de bien-être, troubles neuropsychologiques.
- **Cardiovasculaire et métabolique** : Augmentation de l'IMC, obésité viscérale, syndrome métabolique, insulino-résistance.

DIAGNOSTIC BILOGIQUE

Dosage de la testostérone libre, la testostérone biodisponible et la testostérone totale (2 dosages le matin à 1 mois d'intervalle). On peut doser en complément : LH, prolactine, PSA, hématocrite, hémoglobine.

À noter que le cancer de la prostate contre-indique l'injection de testostérone sauf si le cancer est guéri.

Normes biologiques : Testostérone libre : 10µg/ml. Testostérone biodisponible : 1ng/ml. Testostérone totale : 3.5ng/ml.

Si le taux de testostérone totale est normal : Prise en charge spécialisée des symptômes et test thérapeutique par la testostérone pendant 6 mois.

Si le taux de testostérone totale est inférieur à 3,5ng/ml ou 12nmol/l :

- Si LH élevée : Mise en place d'un traitement par la testostérone.
- Si LH normale : Test thérapeutique par la testostérone pendant 6 mois.
- Si LH basse et/ou prolactine élevée : Recherche d'une anomalie hypothalamo-hypophysaire.

TRAITEMENTS

Réalisation d'un bilan pré-thérapeutique : examen clinique (toucher rectal, examen des seins, examen des testicules), PSA et dosage de l'hématocrite.

Les traitements disponibles sont :

- Androgel ou Fortigel (gel transdermique) : traitement non remboursé, 1 application quotidienne.
- Androtardyl (énanthate de testostérone) : 1 injection toutes les 3 semaines en IM.
- Nebido ou Testostérone Besins (undecanoate de testostérone) : 1 injection tous les 3 mois en IM.

Les contre-indications au traitement sont :

- Désir actuel de paternité.
- Cancer de la prostate actuel et cancer du sein (CI absolues).
- Polyglobulie (Hématocrite > 54 %).
- SAOS non traité.
- Évènement cardiovasculaire majeur dans les 3-6 mois qui précèdent ou pathologie cardiovasculaire non contrôlée.

NB : L'hyperplasie de prostate n'est pas une contre-indication.

Conditions pour un traitement post-cancer de la prostate :

- Après prostatectomie radicale si le PSA est indétectable et l'histologie est favorable (marge saine...).
- En post-radiothérapie ou curiethérapie ou post-surveillance active.

La surveillance sous traitement : à 3, 6 et 12 mois puis tous les ans :

- Toucher rectal et palpation mammaire.
- Taux de testostérone : 2 à 4h post-application du gel de testostérone ou à mi-distance 2 injections de testostérone IM ou 1 mois post undecanoate de testostérone.
- PSA : il ne doit pas y avoir d'augmentation inquiétante (maximum entre 0.2 et 0.5ng/ml).
- Hématocrite : elle doit rester inférieure à 54 %.
- Densité minérale osseuse : à réaliser 1 à 2 ans après le début du traitement.

Dr Ludovic ROBBE

Gériatre, Centre hospitalier Sud Charente

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

BON USAGE DE LA PCT CHEZ LE SUJET ÂGÉ : EST-CE POSSIBLE ?

Les causes de faux positif de la PCT sont : polytraumatismes, cancer avec atteinte hépatique métastatique.

La PCT provient d'une voie différente de la CRP, elle a une augmentation plus précoce, plus spécifique des infections bactériennes. Le dosage de la PCT peut être un outil diagnostique, pronostic ou de conseil pour la durée du traitement antibiotique.

OUTIL DIAGNOSTIC

L'intérêt de la PCT comme outil diagnostic est discutable chez le sujet âgé ayant une infection respiratoire.

La PCT n'a pas de valeur diagnostique en cas d'infection péri-opératoire ou urinaire (Sensitivity of C-Reactive Protein and Procalcitonin Measured by Point-of-Care Tests to Diagnose Urinary Tract Infections in Nursing Home Residents: A Cross-Sectional Study).

Aux urgences, la PCT a une bonne valeur prédictive négative pour guider l'antibiothérapie pour une suspicion de pneumopathie. On peut le voir comme un pré-test (comme les D-dimères et la suspicion d'embolie pulmonaire).

OUTILS PRONOSTIC

Objectif : Diminuer ou retarder l'utilisation d'antibiotiques.

Il y a une urgence à débuter une antibiothérapie en cas d'infection grave, une bactériémie ou un choc septique.

La PCT a une bonne valeur prédictive négative pour le risque de bactériémie : VPN > 95 % si PCT < 0,5 ng/ml. En cas de PCT < 0,5 ng/ml on peut différer l'utilisation des antibiotiques (car pas d'argument pour une bactériémie).

À noter : Les hémocultures sont souvent faites trop tard chez la personne âgée (absence de fièvre ou frisson). Il est nécessaire de faire des hémocultures dès la suspicion de syndrome infectieux pour ne pas méconnaître une bactériémie.

INTÉRÊT CONSEIL

La PCT peut aider à personnaliser, individualiser la durée du traitement par antibiotique : combien de temps traiter ? Le biomarqueur est le reflet de la relation hôte/pathogène. Il faut observer la cinétique de la PCT.

- Une étude dans un service de réanimation (revue systématique) a montré une bonne évolution des patients si l'antibiothérapie est arrêtée dès lors que la PCT < 0,25 ng/ml. Le dosage permet donc de réfléchir à la poursuite de l'antibiothérapie dans les 24-48h. Ces informations sont valables chez les personnes âgées et permettent de diminuer considérablement l'utilisation des antibiotiques (y compris en IV).
- L'essai PROPAGE en France a étudié l'intérêt du dosage de la PCT dans la durée de l'antibiothérapie pour

pneumopathie. En cas de PCT négative l'antibiothérapie était arrêtée. En moyenne les traitements étaient arrêtés entre J4 et J6 chez > 50 % des patients. La durée de traitement était moindre chez les patients avec un dosage de PCT.

QUE RETENIR

- La PCT ne doit pas être dosée d'emblée en tant qu'outil diagnostic.
- On peut l'utiliser pour différer l'antibiothérapie en cas de syndrome infectieux sans point d'appel.
- Si le dosage est < 0,25 ng/ml : pas d'argument pour une bactériémie, donc pas d'urgence à une antibiothérapie probabiliste en l'absence d'autres signes de gravité.
- Sous traitement, en cas d'évolution clinique favorable, si la PCT est négative il est possible d'arrêter le traitement précocement.



Dr Rafaelle ROTH

Gériatre, Hôpital Broca APHP

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

CANCER DU SEIN HER2- RH+ EN ADJUVANT

Avant de débuter un traitement adjuvant il faut identifier le risque de progression, et identifier les patientes que l'on peut guérir avec le traitement.

Les toxicités des traitements adjuvants (iPARP, inhibiteurs CDK4-6) sont limitantes. On note 40 % d'arrêt de traitement. Il y a d'autant plus d'arrêt qu'il n'y a pas eu de réduction de dose.

Il faut avoir comme objectif la dose adaptée pour éviter un arrêt de traitement et non la dose maximale.

Dr Rafaelle ROTH

Gériatre, Hôpital Broca APHP

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

L'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE (EGA) DOIT-ELLE ENCORE SERVIR À ADAPTER LA THÉRAPEUTIQUE ? POUR / CONTRE

Présentée sous forme de duel par Dr Philippe CAILLET, gérontologue à l'hôpital Européen Georges Pompidou Paris et le Dr Jean-Philippe METGES, oncologue au CHU de Brest.

D'UN POINT DE VUE GÉRIATRIQUE, Dr Caillet affirme que l'évaluation gériatrique sert à adapter la thérapeutique et apporter des éléments prédictifs. En effet, elle révèle des vulnérabilités non identifiées qui peuvent limiter ou contre-indiquer le traitement.

L'EGA permet d'adapter la thérapeutique en fonction du pronostic global du patient et pas seulement selon le pronostic du cancer. L'âge chronologique à lui seul n'est pas informatif sur l'espérance de vie à un âge donné (ni sur la capacité du patient à supporter les traitements). La valeur pronostique des paramètres gériatriques est plus puissante que celles des paramètres oncologiques.



L'EGA sert à bien plus que la seule discussion thérapeutique oncologique mais aussi à la mise en œuvre d'interventions adaptées aux problèmes identifiés et une prise en charge globale « Plan personnalisé de soins (PPS) » permettant ainsi d'optimiser le traitement et le devenir du patient.

L'idée principale qu'il soulève : traiter le cancer, c'est bien. Soigner le patient, c'est mieux !

D'UN POINT DE VUE ONCOLOGIQUE, Dr Metges explique que l'EGA présente de multiples avantages :

- Une prise en compte de la polypathologie qui permet d'ajuster la thérapeutique ;
- L'optimisation des soins pour améliorer la qualité de vie ;
- Limiter les effets secondaires des médicaments ;
- Prévenir les hospitalisations.

Une approche globale qui ne se limite pas aux aspects physiques mais prend en compte les capacités cognitives, la santé mentale, et le contexte social. Il cite également la prévention de la dépendance grâce à des stratégies pour prévenir ou ralentir la perte d'autonomie, que ce soit par la rééducation fonctionnelle, les thérapies cognitives, ou les conseils pour adapter le cadre de vie.

Concernant les inconvénients : Dr Metges considère que l'EGA aurait un risque de surmédicalisation suites à plusieurs évaluations qui pourraient mener à des traitements excessifs ou inutiles. D'autre part, l'évaluation gériatrique demande un investissement en temps et en ressources, ce qui peut être un problème dans certains systèmes de santé saturés. Le manque de formation spécifique est un autre point à améliorer, cela peut entraîner des erreurs de jugement qui nuisent à la qualité des soins. Les évaluations gériatriques sont parfois basées sur des modèles standardisés, ce qui peut ne pas correspondre à la réalité de chaque patient. Une évaluation trop rigide pourrait omettre des aspects spécifiques de la situation de chaque individu.

En réponse à la question sur « L'évaluation gériatrique doit-elle encore servir à adapter la thérapeutique ? », Dr Motges affirme que : « on ne peut pas être contre ! Ensemble on est plus forts ! ».

Dr Nesrine MENTRI
PHc, CH Narbonne
POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES



FAVORISER ET SÉCURISER LES DÉPLACEMENTS

On définit l'activité physique comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, qui entraîne une dépense énergétique supérieure à celle du métabolisme de repos.

LES CANNES

Un seul remboursement par an pour une canne.

	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
	CANNE SIMPLE « Achat d'une canne réglable en hauteur ». (Option : pliante, avec poignée anatomique à gauche ou à droite). <i>Prise en charge par la sécurité sociale.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Léger ● Modèle pliant afin de la transporter plus facilement ● Possibilité d'ajouter un embout stabilisateur, permettant d'élargir la surface au sol et de maintenir la canne verticalement
	CANNES ANGLAISES « Achat d'une paire de canne anglaise ». <i>Prise en charge par la sécurité sociale.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Peut supporter tout le poids du corps ● Peut convenir pour les personnes ayant une restriction d'appui (appui contact, sans appui...) sur un membre inférieur en post-opératoire. ● Double appui permettant de décharger le poids du corps et limiter les douleurs
	CANNE SIÈGE « Achat d'une canne réglable en hauteur » <i>Prise en charge en partie par la sécurité sociale</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Permet de sécuriser la marche avec de léger trouble de l'équilibre ● Possibilité de s'asseoir pour faire des pauses ● Recommandé pour les déplacements extérieurs



CANNE TRIPODE/QUADRIPODE
 « Achat d'une canne tripode »
 « Achat d'une canne quadripode »
Prise en charge par la sécurité sociale

AVANTAGES

- **Stabilité renforcée** lors de la marche
- Augmente la surface au sol
- Souvent préconisé pour les patients **hémiparétiques** (surtout pour les déplacements intérieurs)

INCONVÉNIENTS

- Canne plus encombrante
- Plus lourde
- Peu recommandée aux déplacements extérieurs

BÂTONS DE MARCHE
Pas de remboursement par la sécurité sociale

- Alternative au cannes anglaises
- **Moins stigmatisant**
- Permet **d'augmenter le périmètre de marche, surtout en extérieur.**

- Pour les **troubles légers de l'équilibre**

LES DÉAMBULATEURS

ATTENTION : Un seul remboursement par an pour un déambulateur. Si besoin d'achat d'un déambulateur en intérieur et un autre pour l'extérieur, un seul sera pris en charge.



CADRE DE MARCHE
 « Achat d'un déambulateur, cadre de marche »
 « Location d'un déambulateur, cadre de marche »
Prise en charge par la sécurité sociale.

AVANTAGES

- Utilisation principalement en **intérieur**
- À préconiser pour les personnes ayant une **restriction d'appui** (appui contact, sans appui...) sur un membre inférieur en post-opératoire
- Permet de décharger le poids du corps et limiter les douleurs
- Stable
- En **location ou à l'achat**

INCONVÉNIENTS

- Périmètre très **limité en extérieur**
- Déplacements non fluides
- Avoir **assez de force** pour le soulever
- Le déplacement du déambulateur peut provoquer un déséquilibre



ROLLATOR 2 ROUES
 « Achat d'un déambulateur, deux roues »
 « Location d'un déambulateur, deux roues »
Prise en charge par la sécurité sociale.

- Utilisation en **intérieur** essentiellement
- **Sièges** permettant aux personnes de pouvoir s'asseoir si besoin pour effectuer des pauses
- Pliants et peuvent être stockés facilement au domicile ou être transportés dans le coffre de la voiture
- Marche plus fluide qu'avec un cadre de marche
- En **location ou à l'achat**

- **Limité** pour les déplacements **extérieurs** (usure des patins)
- Les manœuvres pour plier le déambulateur et le stocker peuvent nécessiter l'intervention d'une tierce personne
- **Moins maniable** pour les changements de direction qu'un rollator 3 ou 4 roues



ROLLATOR 3 ROUES
 « Achat d'un déambulateur, trois roues »
Prise en charge en partie par la sécurité sociale

- Utilisation en **intérieur** et en **extérieur**
- Des paniers permettant de transporter des objets (petites courses)
- Pliants et peuvent être stockés facilement au domicile ou être transportés dans le coffre de la voiture
- Plus maniable qu'un 4 roues (plus léger, moins volumineux)

- **ATTENTION, SAVOIR GÉRER LES FREINS**
- **Risque de chute** si la personne n'a pas la capacité de réguler la vitesse avec les freins
- **Moins stable** qu'un 4 roues
- Non recommandé pour les personnes avec un équilibre précaire


ROLLATOR 4 ROUE

« Achat d'un déambulateur, quatre roues »
 « Location d'un déambulateur, quatre roues »
Prise en charge par la sécurité sociale

AVANTAGES

- Utilisation en **intérieur** et en **extérieur**
- Des tablettes ou des paniers permettant de transporter des objets (petites courses, plateau...)
- **Sièges** permettant aux personnes de pouvoir s'asseoir si besoin pour effectuer des pauses
- Pliants et peuvent être stockés facilement au domicile ou être transportés dans un coffre de voiture.
- Plus stable qu'un 3 roues
- En **location** ou à l'**achat**

INCONVÉNIENTS

- **ATTENTION, SAVOIR GÉRER LES FREINS**
- **Risque de chute** si la personne n'a pas la capacité de réguler la vitesse avec les freins
- **Risque de chute** si la personne ne pense pas à mettre les freins statiques lorsqu'elle veut s'asseoir sur le siège
- Selon le modèle, la manière dont se plie et s'ouvre le rollator peut être difficile et peut nécessiter l'aide d'une tierce personne

LES DÉAMBULATEURS ESSENTIELLEMENT À VISÉE DE RÉÉDUCATION


ROLLATOR AVEC APPUI ANTÉ-BRACHIAL

Prise en charge par la sécurité sociale.

AVANTAGES

- Utilisation principalement en **rééducation (reprise de la marche)**
- **Restriction d'appui** (appui contact, sans appui...) sur un membre inférieur en post-opératoire
- Permet décharger le poids du corps et limiter les douleurs
- Pour les personnes ayant des difficultés à maintenir la station debout

INCONVÉNIENTS

- Pas d'utilisation en autonomie
- Nécessite de pouvoir se mettre debout et se redresser pour pouvoir l'utiliser
- Si prescription à domicile, la mise en place d'un fauteuil roulant sera à prévoir en parallèle


DÉAMBULATEUR TOPRO TAURUS HYDRAULIQUE/ ÉLECTRIQUE

- Utilisation principalement en **rééducation (reprise de la marche)**
- **Restriction d'appui** (appui contact, sans appui...) sur un membre inférieur en post-opératoire
- Permet **décharger le poids** du corps et limiter les douleurs
- Pour les personnes ayant des difficultés à maintenir la station debout
- Système hydraulique ou électrique permettant **d'aider au redressement du buste**

- Pas d'utilisation en autonomie
- Cher (plus de 1000€)
- Volumineux

LES FAUTEUILS ROULANTS

La mise en place d'un **fauteuil roulant manuel standard** ne permettra pas de sécuriser la marche à proprement parlé, cependant, il peut **permettre d'augmenter l'autonomie dans les déplacements** (utilisation en autonomie au domicile par exemple) mais également d'augmenter les distances de déplacement et **d'améliorer ainsi la qualité de vie** de la personne (fauteuil poussé par une tierce personne pour réaliser des sorties extérieures, participer à la réalisation des courses...).

Il peut être donc intéressant de préconiser l'utilisation d'un fauteuil roulant, en parallèle de la mise en place d'une aide de marche.

Location : Si utilisation ponctuelle ou utilisation de moins d'un an. Sinon, prévoir plutôt un achat.

« *Location d'un fauteuil roulant manuel pliant, à dossier fixe (ou inclinable)* ».

« *Achat d'un coussin viscoélastique de classe II* ».

Achat : Attention, renouvellement de fauteuil possible uniquement tous les 5 ans. Si possible, demander l'avis d'un ergothérapeute pour évaluer quel type de fauteuil serait le plus adapté à l'utilisation et besoin de la personne.



Fauteuil roulant manuel standard

Utilisation en autonomie ou poussé par une tierce personne



Fauteuil roulant de Transfert

Poussé par une tierce personne



Fauteuil Confort

Positionnement + Poussé par une tierce personne

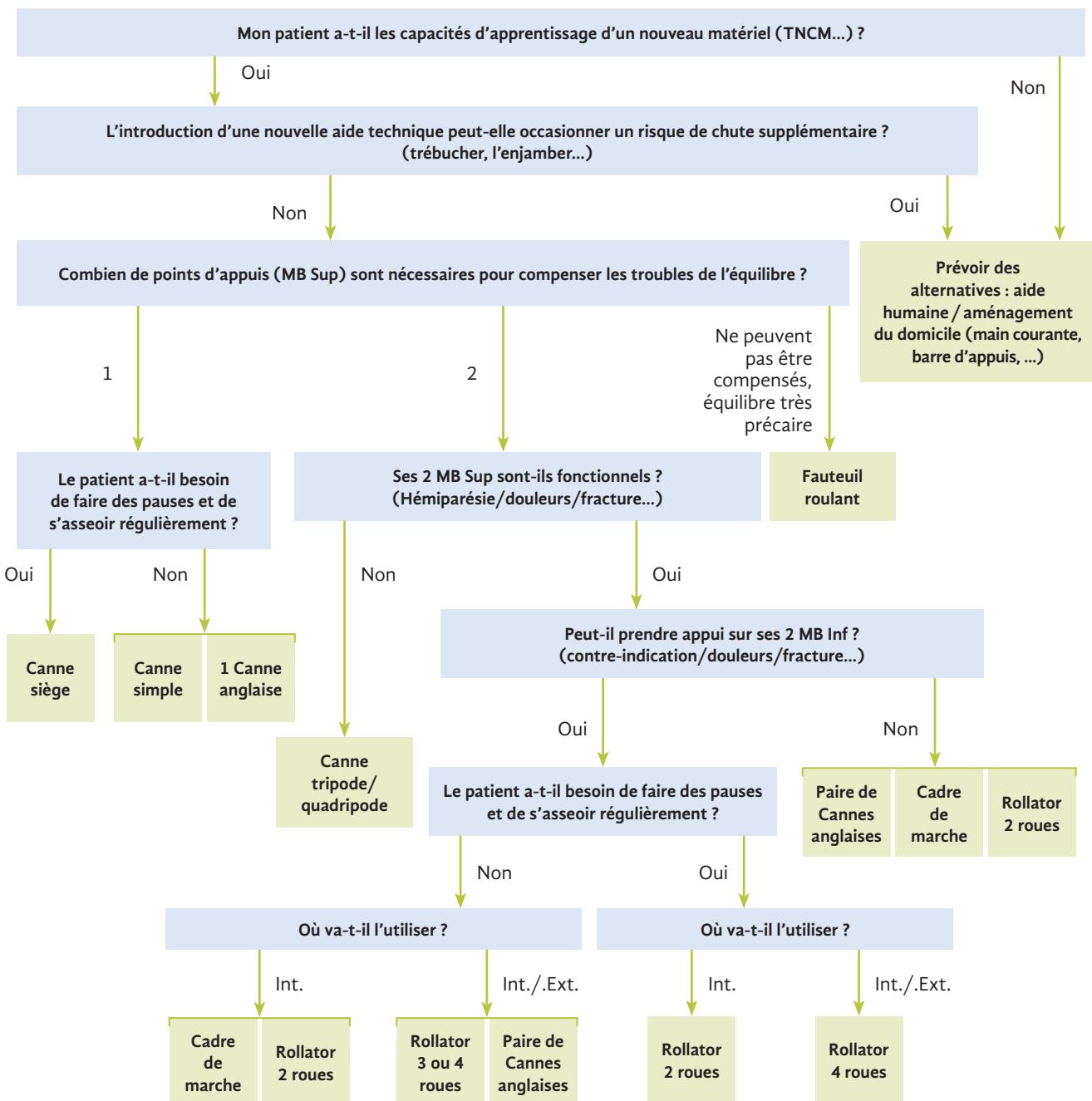
Sophie BLAISON

Psychomotricienne

Équipe Mobile de Gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

LES QUESTIONS À SE POSER POUR PRÉCONISER LES AIDES TECHNIQUES AFIN DE FAVORISER ET SÉCURISER LES DÉPLACEMENTS



QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES

- Est-ce une utilisation **ponctuelle ou permanente** ? (location/achat)
- Peut-il l'utiliser en **autonomie**, ou a-t-il besoin d'une **surveillance ou accompagnement** ?
- Pour **quelles utilisations** ? (déplacements intérieurs et/ou extérieurs, faire ses courses...)
- Est-il possible de **l'utiliser** (dimension des portes, couloirs...) et/ou le **stocker facilement à domicile** ?
- Faut-il prévoir des **alternatives à l'aide de marche** ? (fauteuil roulant, aide humaine, aménagement du domicile avec main courante, barres d'appuis...)

JOURNÉES ANNUELLES DES JEUNES GÉRIATRES

Les Journées Annuelles des Jeunes Gériatres ont eu lieu à Talence, proche de Bordeaux les 5 et 6 Juin derniers, et qu'est-ce que c'était bien !

Pendant une journée et demie se sont enchainés :

- Des sessions passionnantes, riches scientifiquement et humainement. Un article « retour de congrès » est en cours de préparation pour la prochaine Gazette du Jeune Gériatre.
- L'exposition photographique et sonore « Voix » : 10 portraits de femmes résidentes de l'Ehpad de Lormont.
- Une exposition/rétrospective du travail de Good Bye Hippocrate avec l'AJG.
- Deux séances de courses à pied découverte de Bordeaux : lancement de l'AJG en baskets ! À bientôt pour de nouvelles sorties.

- En exclusivité, une intervention artistique d'exception : première adaptation au théâtre du "Pansement Schubert" de Claire Oppert par la metteuse en scène Victoire Berger-Perrin, accompagnées de deux comédiennes : Agnès Ramy et Agnès Bove.

Encore merci à Florent Guerville de nous avoir permis de vivre ce moment.

- Et la révélation de la nouvelle charte graphique de l'AJG.

Vous l'avez remarqué, l'AJG fait peau neuve cette année à l'occasion des JAJG 2025 à Bordeaux en faisant une refonte complète de sa charte graphique et de son site internet. L'adresse du site internet reste la même : [HTTPS://WWW.ASSOJEUNESGERIATRES.FR/](https://www.assojeunesgeriatres.fr/)

NOUVELLE CHARTE GRAPHIQUE

Nous avons travaillé avec une graphiste, Blandine Danès, avec pour objectif de reprendre les bases de l'association pour créer une identité complète autour de la BD « *Elémentaire mon cher gériatre* ». Les arguments qui justifient une BD fonctionnent tout aussi bien pour une charte graphique globale autour de l'illustration. Cette charte graphique sera appliquée sur le site web, la gazette, les affiches des journées annuelles ou autres évènements, les webinaires...

NOUVEAU LOGO

Les 3 lettres sont liées, forment une « équipe », elles sont unies dans un but commun, avec chacune leur spécificité :

- Le A apporte une structure, sérieuse, témoignant du travail au sein de l'association, réveillé par la vivacité du orange.
- Le J est la jeunesse, l'œil neuf, en mouvement et dynamique, se calme avec le vert d'eau. Le trait de mouvement sous la boucle du J permet ici de rajouter de l'énergie, de la jeunesse, tout en suggérant un sourire et de la sympathie.
- Le G de la gériatrie incarne notre spécialité, avec une base solide, des savoirs ancrés. Il est imposant, on l'adoucit avec le bleu clair.



RENOUVELLEMENT DU BUREAU ET CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AJG !

De nombreuses personnes ont quittés le conseil d'administration pour de nouveaux horizons. Encore un immense merci à eux pour tout ce qu'ils ont donné et apporté à cette association.

Merci également à tous ceux qui renouvellent leur mandat et aux nouveaux arrivants !

RDV l'année prochaine à Nîmes pour les Journées Annuelles des Jeunes Gériatres 2026 !!

2025
2026



Rafaële ROTH
Présidente



Laurence Rita
SÉBASTIE
Vice-Présidente



Ludovic ROBBE
Trésorier



Jérémie HUET
Secrétaire



Marine OECHSLIN RIMET
VP communication

2025-2026

PRÉSENTATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



Karen GUERIN



Sylvana HO-BIN-HUANG



Florian MARONNAT



Marion NGUON



Marie OTEKPO



Julie TISSEURAND



Romain VAN-OVERLOOP

2025-2026

PRÉSENTATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



Laure ALLAN



Hazem BEN RAYANA



Nathan BLEU



Amélie BOINET



Floriane BRIL



Sandra BRISSARD

2025-2026

PRÉSENTATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



Victoire DÉFENTE



Nicolas DENIAU



Justine DOSSOÙ BADIKILA



Bastien GENET



Anne-Sophie GAUTHIER



Héloise GOBILLOT



Clemence GRANGÉ

BONUS : PLUS JAMAIS PEUR D'ENCADRER UNE THÈSE !

Tu es chef.fe de clinique, assistant.e ou PH en gériatrie et tu as toujours rêvé d'encadrer des thèses de médecine sans soucis, l'AJG et *critique_ton_article* ont ce qu'il te faut : le référentiel « *Plus jamais peur d'encadrer une thèse en 5 questions clés* ». Le référentiel est disponible gratuitement pour les adhérents de l'association en PDF sur notre site <https://www.assojeunesgeriatres.fr/>

Si non le référentiel est disponible pour 1 euro symbolique ici :
<https://fr.tipeee.com/critiquetonarticle>

C'est totalement gratuit et libre de diffusion, profitez-en !

À bientôt,

LE BUREAU DE L'AJG



PLUS JAMAIS PEUR D'ENCADRER UNE THESE !

En 5 questions clés



Dr Bastien GENET, MD, PhD
Docteur en Gériatrie et en Épidémiologie Clinique
Instagram : critique_ton_article
Avec la soutien et la relecture
de l'Association des Jeunes Gériatres

BIBLIOGRAPHIE



MUSCULATION DU SUJET ÂGÉ : CONCEPTS DE BASE, NIVEAU DE PREUVE ET RECOMMANDATIONS

Sans forcément parler de sarcopénie, on sait bien que la santé musculaire de nos patients âgés a un impact majeur sur leurs performances physiques, et donc leur indépendance, leur niveau de santé global et leur mortalité [1, 2]. Lorsqu'on parle de muscle, de musculation, de renforcement musculaire chez l'adulte jeune, on pense rapidement à la salle de muscu. Et on a raison car c'est ce qui marche le mieux [3] ! Et pourtant, quand on parle d'hypertrophie musculaire chez nos patients âgés, la salle de muscu devient vite taboue et on pense plutôt au

kiné ou à des exercices de marche, ou, à la limite, à des exercices de renforcement en poids du corps mais sans jamais considérer une personnalisation et une progression des charges d'entraînement.

J'espère donc qu'à la fin de cette bibliographie vous serez convaincu de l'intérêt des exercices contre résistance avec des charges relatives chez la personne âgée, que vous souhaiterez investir avec moi dans des salles de muscu pour vieux et que vous prescrirez des séances de renforcement musculaire dans vos services et à la sortie.

QUELQUES BASES DE MUSCULATION

L'entraînement contre résistance ou « resistance training exercise » désigne l'action d'imposer des contraintes mécaniques et/ou métaboliques musculaires plus grandes que celles rencontrées dans les activités de la vie quotidienne. C'est cet entraînement contre résistance qui va être à la base du travail musculaire et notamment de l'hypertrophie. Il repose sur des lois biomécaniques de relation entre la force produite par le groupe musculaire en question et la vitesse de raccourcissement des fibres de celui-ci. Pour chaque groupe musculaire, on peut

donc construire une courbe linéaire de relation force-vitesse. Ainsi, à vitesse nulle, la force est maximale et à grande vitesse, la force est minimale (Figure 1a). Nous avons tous expérimenté que l'on pédalait moins vite sur un braquet « dur » (donc développant plus de force) que sur notre vélo. Par ailleurs, en multipliant la force par la vitesse et en représentant la variation de celle-ci selon la vitesse, on obtient une puissance (courbe en cloche, Figure 1b) avec une puissance maximale obtenue à peu près à 50 % de la vitesse et de la force maximale.

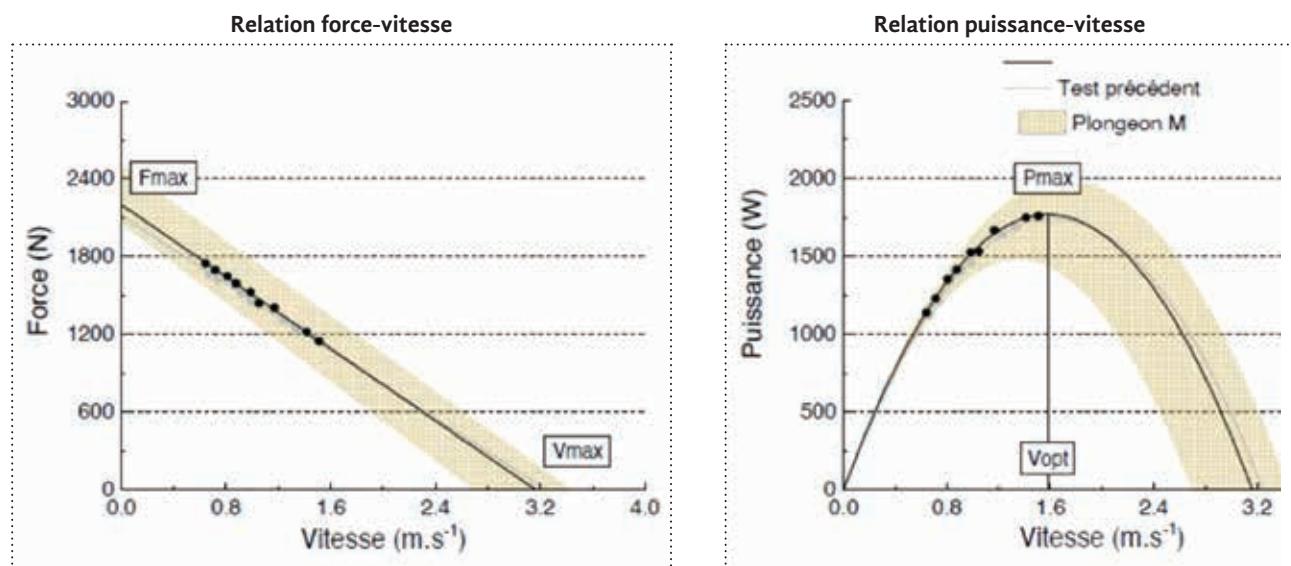


Figure 1 : Relations force-vitesse (a) et puissance-vitesse (b) d'un même groupe musculaire chez un sujet sain.

Plutôt que d'évaluer la force, plus difficile à standardiser, on évalue plutôt la charge (en kg) maximale pour chaque groupe musculaire. Cette charge est désignée comme 1RM (pour une répétition maximale). Ainsi, 1RM pourra être soulevée qu'une seule fois d'affilée mais 85 % de 1RM pourra être soulevée à peu près 12 fois de suite, on parle donc de 85 % de 1RM ou 12RM parfois.

Selon les gains recherchés en musculation et les caractéristiques musculaires à développer, on va donc faire varier la charge d'entraînement pour un travail plutôt en force (70 à 85 % de 1RM), en vitesse (30 % de 1RM) ou en puissance (50 % de 1RM) [4].

Par ailleurs, lors d'un entraînement, on peut également faire varier la longueur musculaire (faible ou grande, muscle raccourci ou étiré) et le régime de contraction (concentrique, isométrique ou excentrique). Ainsi, grossièrement, on peut retenir que les exercices ex-

centriques à grande longueur produisent le plus d'hypertrophie et l'excentrique à faible longueur le plus de force [5, 6].

Chez nos patients âgés, la puissance musculaire semble avoir le plus d'impact sur les performances physiques motivant un travail à 50 % de 1RM [7, 8]. Néanmoins, le travail en force est souvent essentiel pour maximiser les gains en hypertrophie et/ou ralentir la fonte musculaire, motivant des entraînements à 70-80 % de 1RM [9].

Pour définir un programme d'entraînement, il faut donc définir :

- Les mouvements à faire.
- Le nombre de séries par groupe musculaire.
- Le nombre de répétition au sein de chaque série.
- La charge absolue, ou mieux relative (en % de RM de chaque groupe musculaire).
- La durée de récupération entre chaque série.

QUEL NIVEAU DE PREUVE ACTUEL EN GÉRIATRIE ?

En préambule, on peut citer l'étude récente d'Arentson-Lantz et collègues qui stipule que « 2000 Steps/Day Does Not Fully Protect Skeletal Muscle Health in Older Adults During Bed Rest ». Cette étude montre en effet dans un protocole randomisé sur des patients plutôt jeunes âgés de 68 ans en moyenne, que la marche même soutenue (2000 pas par jour est conséquent à l'hôpital) ne permet pas du tout de ralentir la fonte musculaire liée à l'alimentation au cours d'une hospitalisation [10]. Ainsi, proposons plutôt des exercices contre résistance à charges relatives élevées que de la kinésithérapie de déambulation à nos patients hospitalisés qui n'ont pas encore de troubles de la marche.

Les études sur l'effet bénéfique de l'entraînement contre résistance sont nombreuses en gériatrie. Dès 2010, une méta-analyse regroupant 29 essais contrôlés randomisés (âge moyen 65 à 81 ans) retrouvait un effet dose-dépendant de la charge de l'entraînement sur la force maximale et l'hypertrophie. Par ailleurs, l'entraînement en puissance avait le plus d'impact sur les performances physiques et la puissance musculaire dans cette méta-analyse [11]. Une autre méta-analyse publiée la même année concluait à un effet positif sur la force, que ce soit au niveau des bras ou des jambes [12].

Plus récemment, dans une étude randomisée en 2018 sur des femmes sarcopéniques d'âge moyen 70 ans, le renforcement musculaire était bien supérieur au travail postural (type Pilates) en termes de masse musculaire et force maximale [13]. De même, chez des patients âgés institutionnalisés, les exercices avec élastiques (donc charges non relatives et à faible longueur) avaient tout de même un effet bénéfique sur la force et la qualité musculaire mais pas sur la masse musculaire [14].

Enfin, sur une étude randomisée incluant 161 patients chinois fragiles d'âge moyen 85 ans, avec des exercices sur élastiques, l'intensité comme le volume d'entraînement avaient un effet dose dépendant sur les gains de force. Cependant, le gain sur le 5 lever de chaise était maximal aux intensités légères, on peut donc supposer à

un travail plutôt en vitesse qu'en force, confortant ainsi la théorie biomécanique sous-jacente [15].

Enfin, je vous renvoie vers une bibliographie récente des jeunes gériatres (novembre 2024) qui montre que le travail contre résistance en SMR gériatrique permet de gagner 3 points d'ADL chez les patients hospitalisés avec des troubles de la marche initialement [16], pour lesquels ce type d'exercice est faisable.

Au total, la musculation chez le sujet âgé a montré son bénéfice sur la force, les performances physiques, la puissance musculaire, le niveau d'indépendance, les chutes et la mortalité. En outre, l'adaptation des exercices aux bénéfices recherchés semble correspondre plutôt bien aux théories biomécaniques sous-jacentes.

QUELLES RECOMMANDATIONS ACTUELLES ?

Je vous renvoie vers la fiche « comment prescrire de l'activité physique » pour les recommandations globales OMS. Il est recommandé de faire au moins 2 séances de renforcement musculaire par semaine chez les personnes de plus de 65 ans.



Pour approfondir, vous pourrez trouver des éléments plus précis sur les « *International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR) : Expert Consensus Guidelines* » [17]. Traduites en français elles recommandent le schéma suivant :

- En volume : 1 à 3 séries de 8 à 12 répétitions sur 8 à 10 grands groupes musculaires.
- Intensité : commencer à 30-40 % de 1RM et augmenter progressivement à 70-80 %. 1 à 3 min de repos entre 2 séries. Ajouter également si possible de l'entraînement en puissance à 40-60 % de 1 RM.
- Effet bénéfiques escomptés : force, puissance, hypertrophie, endurance, capacités aérobies.
- Exercices :
 - ◆ Sur une ou plusieurs articulations avec poids libres et machines avec des vitesses de lever faibles à modérées (pour un travail en force).
 - ◆ Squat et développé-couché.
 - ◆ Extension et flexion du genou.

Dr Jérémie HUET CCU-AH
CHU de Nantes
Laboratoire « Motricité Interactions Performance »
Nantes Université

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Cho M-R, Lee S, Song S-K. A Review of Sarcopenia Pathophysiology, Diagnosis, Treatment and Future Direction. *J Korean Med Sci* 2022;37:e146. <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e146>.
- [2] Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing* 2019;48:16–31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>.
- [3] Grgic J, Schoenfeld BJ, Orazem J, Sabol F. Effects of resistance training performed to repetition failure or non-failure on muscular strength and hypertrophy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Sport and Health Science* 2022;11:202–11. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2021.01.007>.
- [4] Schoenfeld BJ, Grgic J, Every DWV, Plotkin DL. Loading Recommendations for Muscle Strength, Hypertrophy, and Local Endurance: A Re-Examination of the Repetition Continuum. *Sports* 2021;9:32. <https://doi.org/10.3390/sports9020032>.
- [5] Roig M, O'Brien K, Kirk G, Murray R, McKinnon P, Shadgan B, et al. The effects of eccentric versus concentric resistance training on muscle strength and mass in healthy adults: a systematic review with meta-analysis. *Br J Sports Med* 2009;43:556–68. <https://doi.org/10.1136/bjsm.2008.051417>.
- [6] Pallarés JG, Hernández-Belmonte A, Martínez-Cava A, Vetrovsky T, Steffl M, Courel-Ibáñez J. Effects of range of motion on resistance training adaptations: A systematic review and meta-analysis. *Scand J Med Sci Sports* 2021;31:1866–81. <https://doi.org/10.1111/sms.14006>.
- [7] Clark BC, Manini TM. Sarcopenia ≠ Dynapenia. *The Journals of Gerontology: Series A* 2008;63:829–34. <https://doi.org/10.1093/gerona/63.8.829>.
- [8] Va H, Wr F, M W, Wj E, Ge D, R R, et al. Longitudinal muscle strength changes in older adults: influence of muscle mass, physical activity, and health. *The Journals of Gerontology Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 2001;56. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.5.b209>.
- [9] Andersen LL, López-Bueno R, Núñez-Cortés R, Cadore EL, Polo-López A, Calatayud J. Association of Muscle Strength With All-Cause Mortality in the Oldest Old: Prospective Cohort Study From 28 Countries. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle* n.d.;n/a. <https://doi.org/10.1002/jcsm.13619>.
- [10] Arentson-Lantz E, Galvan E, Wacher A, Fry CS, Paddon-Jones D. 2000 Steps/Day Does Not Fully Protect Skeletal Muscle Health in Older Adults during Bed Rest. *J Aging Phys Act* 2019;27:191–7. <https://doi.org/10.1123/japa.2018-0093>.
- [11] Steib S, Schoene D, Pfeifer K. Dose-response relationship of resistance training in older adults: a meta-analysis. *Med Sci Sports Exerc* 2010;42:902–14. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181c34465>.
- [12] Peterson MD, Rhea MR, Sen A, Gordon PM. Resistance Exercise for Muscular Strength in Older Adults: A Meta-Analysis. *Ageing Res Rev* 2010;9:226–37. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2010.03.004>.
- [13] Piastra G, Perasso L, Lucarini S, Monacelli F, Bisio A, Ferrando V, et al. Effects of Two Types of 9-Month Adapted Physical Activity Program on Muscle Mass, Muscle Strength, and Balance in Moderate Sarcopenic Older Women. *Biomed Res Int* 2018;2018:5095673. <https://doi.org/10.1155/2018/5095673>.
- [14] Strasser E-M, Hofmann M, Franzke B, Schober-Halper B, Oesen S, Jandrasits W, et al. Strength training increases skeletal muscle quality but not muscle mass in old institutionalized adults: a randomized, multi-arm parallel and controlled intervention study. *Eur J Phys Rehabil Med* 2018;54:921–33. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.04930-4>.
- [15] Lai X, Zhu H, Wu Z, Chen B, Jiang Q, Du H, et al. Dose–response effects of resistance training on physical function in frail older Chinese adults: A randomized controlled trial. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2023;14:2824–34. <https://doi.org/10.1002/jcsm.13359>.
- [16] Verstraeten LMG, Reijntierse EM, Spoelstra T, Meskers CGM, Maier AB. The impact of mobility limitations on geriatric rehabilitation outcomes: Positive effects of resistance exercise training (RESORT). *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle* 2024;15:2094–103. <https://doi.org/10.1002/jcsm.13557>.
- [17] Izquierdo M, Merchant RA, Morley JE, Anker SD, Aprahamian I, Arai H, et al. International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert Consensus Guidelines. *J Nutr Health Aging* 2021;25:824–53. <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1665-8>.

QUAND MARCHER DEVIENT UN DÉFI !

Il s'agit de Mme T, 85 ans ayant pour principaux antécédents une hypertension artérielle et un diabète mal équilibré non insulinorequérant. Elle a déjà été opérée pour une prothèse de hanche gauche.

Mme T se plaint de lombalgie et de troubles de la marche depuis plusieurs années. Ces douleurs se majorent et deviennent handicapantes.

Son médecin traitant lui dit que ses difficultés sont dues à l'âge. Elle n'a pas de suivi en gériatrie.

Devant les troubles de la marche, un électroneuromyogramme (ENMG) des membres inférieurs a été réalisé. Il retrouve une neuropathie axonale purement motrice, mise sur le compte d'une complication du diabète.

Son médecin généraliste adresse la patiente à un endocrinologue pour réguler le diabète. Quelques mois plus tard, le diabète est équilibré mais les troubles de la marche et les lombalgies persistent. La patiente est en perte d'autonomie au domicile et sort de moins en moins.

Elle est adressée à un médecin gériatre pour la gestion des douleurs et la mise en place d'aides à domicile. Ses principales plaintes sont des radiculalgies mal systématisées aux membres inférieurs, douloureuses à la marche.

Un avis MPR est pris devant ce tableau de lomboradiculalgies bilatérales mal systématisées avec une neuropathie périphérique.

À l'interrogatoire la douleur est d'horaire mécanique, majorée par la station debout prolongée, le piétinement et les changements de position. Il est aussi retrouvé une claudication radiculaire avec un périmètre de marche à 50m. Les pauses, la station assise et particulièrement l'antéflexion du tronc (signe du caddie) soulagent les douleurs, ainsi que le vélo d'appartement.

Cliniquement, il est retrouvé un syndrome rachidien particulièrement en hyperextension, des douleurs vertébrales et paravertébrales au niveau de la 3^{ème} et 4^{ème} vertèbres lombaires (L3-L4). Il n'y a pas de déficit sensitif, moteur, ni de syndrome pyramidal ou extrapyramidal.

L'hypothèse principale est un canal lombaire rétréci. L'ENMG est en faveur de cette hypothèse.

En effet, une polyneuropathie axonale diffuse motrice des membres inférieurs doit toujours faire suspecter une neuropathie périphérique multi-étageée : en premier à un canal lombaire rétréci.

L'IRM du rachis lombaire retrouve un canal lombaire rétréci en L3L4 (stade schizas B, voir ci-contre), avec un rétrolisthésis L3L4, un épaississement des ligaments jaunes avec une arthrose des articulaires postérieures.

Un complément du bilan lésionnel par un cliché rachis entier EOS et des radiographies dynamiques du rachis lombaire ne retrouvent pas de trouble de la statique, ni de déséquilibre antérieur. Le listhésis est non mobile.

Le traitement consiste en une série d'infiltrations épидurales par la voie du hiatus, une infiltration inter-articulaire postérieur (IAPs) L3-L4 droite et gauche à visée antalgique et une prise en charge en rééducation pour « ouvrir » le canal rétréci.

L'évolution a été initialement satisfaisante sur les lombalgies pendant 2 ans.

Devant une recrudescence de radiculalgies, une nouvelle IRM a été faite et retrouve une évolution de son canal lombaire rétréci L3-L4 (stade schizas C). Elle est finalement opérée (double laminectomie L3-L4 avec une arthrodèse). Au décours, on note une disparition des douleurs radiculaires. Suite au travail en rééducation, la patiente a pu récupérer une autonomie satisfaisante.



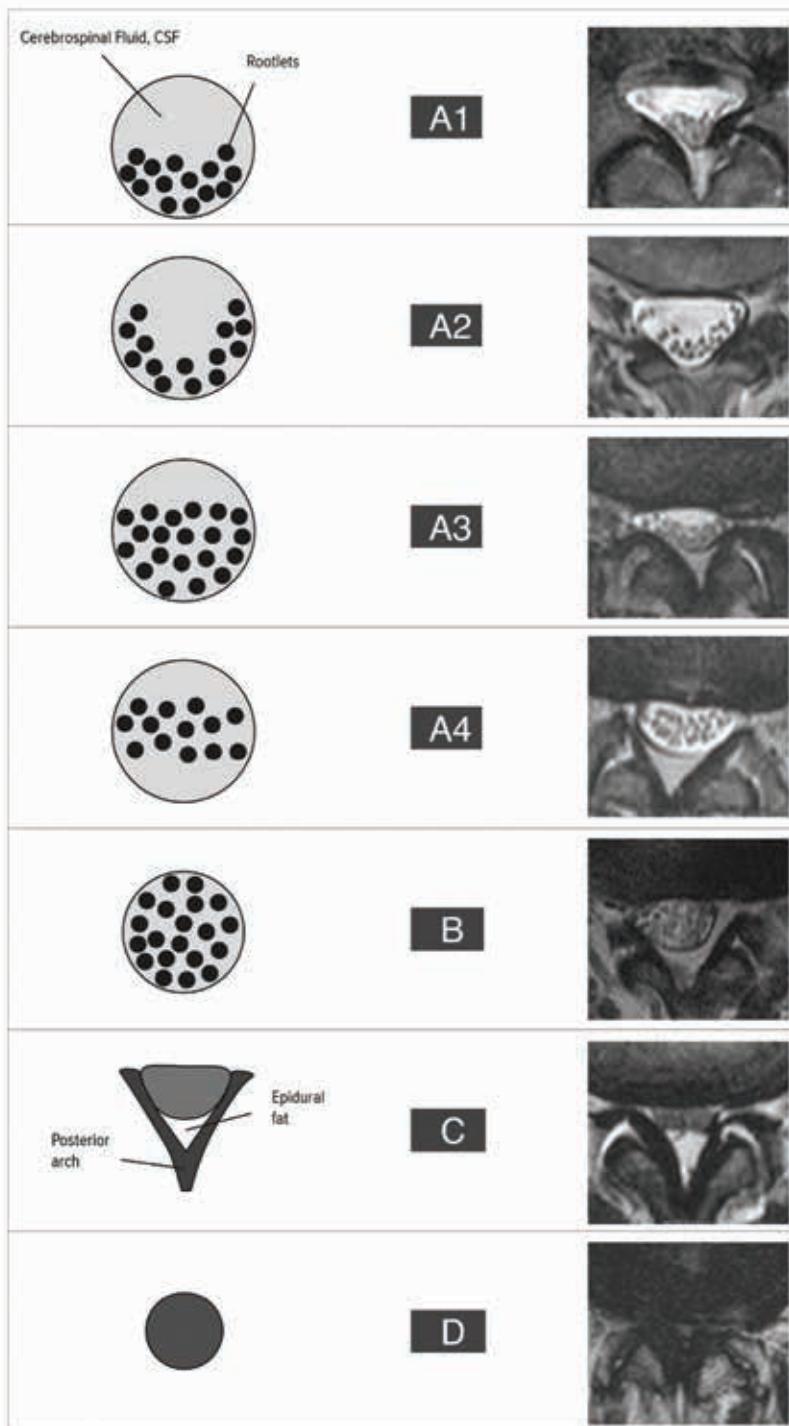


Fig. 1: Classification morphologique de la sténose selon Schizas et al. 2010.

Grade A : Absence de sténose. Le sac dural est partiellement occupé par des radicelles. (Différentes variantes A1, A2, A3 et A4 peuvent être observées).

Grade B : Sténose débutante. Le sac dural est entièrement occupé par des radicelles mais elles sont encore visibles et entourées par du liquide céphalo-rachidien (LCR).

Grade C : Sténose sévère. Le sac dural est entièrement occupé par des radicelles mais elles ne sont plus visibles car le LCR est absent. La graisse épидurale est encore visible.

Grade D : Sténose extrêmement sévère. Idem que le grade C sauf que la graisse épidurale a disparue.

Dr Guillaume CHAMBINAUD
Docteur Junior en MPR – APHP

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

RELECTURE : Dr Kenny ROGER, Assistant spécialiste MPR – Hôpital Cochin APHP
Dr Rafaelle ROTH, CCA Gériatrie – Hôpital Broca APHP



Le GROUPE HOSPITALIER LOOS HAUBOURDIN (GHLH) RECHERCHE pour son EHPAD

MÉDECIN GÉRIATRE ou GÉNÉRALISTE avec une appétence pour la gériatrie H/F

PH ou Praticien Contractuel - Temps plein ou temps partiel

Si vous souhaitez rejoindre un établissement à taille humaine
où il fait bon vivre et participer à différents projets, ce poste est fait pour vous !

MISSIONS :

- Au sein d'un EHPAD hospitalier de 157 lits situé sur notre site d'Haubourdin, intégré au GHLH :
- Suivi médical des résidents.
 - Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques.
 - Gestion des parcours en lien avec les partenaires (CHU, ARS, réseaux gériatriques, Ville).
 - Participation au développement des projets médicaux.
 - Collaboration avec une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, et autres professionnels de santé.

CONTACTS :
Docteur Hacène CHEKROUD,
Président de la CME - hchekroud@ghlh.fr
Mme Emeline GUSMINI,
Responsable RH - egusmini@ghlh.fr
Pour plus d'informations :
<https://ghlh.fr/>



AVANTAGES :

- Prise en charge du transport quotidien.
- Proximité des transports en commun.
- Forfait Mobilité Durable.
 - Restaurant d'entreprise.
 - RTT.
 - Établissement à taille humaine.
 - Travail en journée.
 - Primes.
 - Soutien administratif pour faciliter l'intégration.
 - Possibilité de maintenir une activité complémentaire en parallèle.
 - Accès à des formations et opportunités de développement professionnel.
 - Environnement de travail structuré et dynamique, au sein d'une équipe pluridisciplinaire expérimentée.



LES ANNONCES DE RECRUTEMENT

L'UGECA DES HAUTS DE FRANCE, ORGANISME DU RÉGIME GÉNÉRAL DE SÉCURITÉ SOCIALE, RECRUTE **DES MÉDECINS GÉRIATRES OU GÉNÉRALISTES** pour le compte de ses établissements.



Pour mieux nous connaître ainsi que nos structures et nos différentes prises en charge :
<https://www.groupe-ugecam.fr/>

Notre Organisme gère une vingtaine d'établissements et services, sanitaires (SMR et psychiatrie) et médico-sociaux (enfants et adultes handicapés, personnes âgées dépendantes), sur la région des Hauts-de-France.
Vous êtes **Gériatre** ou **Généraliste** et passionné(e) par l'accompagnement global des patients ?

Rémunération négociable selon votre profil - Convention collective Sécurité Sociale.

Rejoignez des équipes pluridisciplinaires dédiées aux patients et résidents, et contribuez à améliorer leur qualité de vie !

N'HÉSITEZ PAS À NOUS CONTACTER
POUR TOUS RENSEIGNEMENTS À L'ADRESSE MAIL SUIVANTE :
✉ recrutement.ug-hdf@ugecam.assurance-maladie.fr ou au ☎ 06 58 83 24 91
(ligne directe du service recrutement de l'UGECA des Hauts-de-France).



LA MAISON JEANNE GUERNION, MEMBRE DU GCSMS COMÈTE BRETAGNE, RECRUTE UN(E) MÉDECIN COORDONNATEUR-TRICE

Située à proximité du Port du Légué, accessible à 10 minutes à pied de la Gare SNCF et implantée au cœur de Saint-Brieuc dans un parc paysagé de 4 hectares, la Maison Jeanne Guernion offre un cadre de vie des plus agréables. L'établissement compte également un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA).

Temps partiel
à temps plein.

Les missions

- Elle ou il assurera la coordination des soins des résidents et s'impliquera dans la vie institutionnelle en tant qu'expert(e) médical(e) et conseil auprès des équipes et de la direction.
- Elle ou il exercera ses missions dans le respect du code de déontologie et des recommandations en gérontologie selon les textes décrivant les missions de médecin coordonnateur en EHPAD.



Pré-requis

Titulaire du Diplôme d'État Docteur en médecine et inscrit(e) à l'Ordre National des Médecins (RPPS), vous possédez, idéalement, une expérience sur un poste similaire. Une formation de Gériatrie ou une formation de Médecin Coordonnateur-trice serait un plus. Pas d'astreinte ni de garde.

Salaire : attractif et négociable.

Avantages autres : restauration, CSE ...

POUR CANDIDATER

Par mail à l'attention du Directeur, Nicolas Després : ajg.direction@gmail.com

Renseignements complémentaires : par mail ou par téléphone (07 87 02 09 76)

<https://www.ehpad-jeanne-guernion.fr> / <https://www.gcms-cometebretagne.fr>



Vyv3 Bourgogne cherche pour ces EHPAD de Dijon et agglomération proche, PLUSIEURS MÉDECINS CO/PRESRIPEURS en CDI à temps partiel ou temps complet



En tant que coordonnateur :

- Vous donnez un avis sur les admissions des résidents.
- Vous organisez la prise en charge médicale et paramédicale.
- Vous évaluez la dépendance et les besoins en soins des résidents (AGGIR, PATHOS) et développez des actions de prévention de la perte de l'autonomie.
- Vous contribuez à la mise en œuvre d'une politique formation des soignants et veillez à la continuité de la démarche d'amélioration continue engagée.

En tant que prescripteur :

- Vous assurez le suivi médical des résidents et effectuez les prescriptions médicales nécessaires.
- Vous tenez à jour les dossiers de soins des résidents.
- Vous participez à l'élaboration avec l'équipe soignante du projet médical et de soin du résident.
- Vous participez à la Commission Médicale de l'Établissement (CME).

Profil recherché :

Vous êtes titulaire du Diplôme d'État de docteur en médecine générale, capacité de gérontologie, DES de gériatrie ou du Diplôme Universitaire de médecin coordonnateur.

La rémunération est en fonction de l'expérience.

Si vous êtes intéressé, merci d'adresser votre CV
au Directeur Médical, Dr Imad SFEIR à l'adresse
e-mail suivante : imad.sfeir@vyv3.fr ou le contacter
directement au 06 74 28 99 88



Organisation en pôle de gériatrie inter-établissements porté par le CHU de Clermont-Ferrand.

- Le Centre hospitalier Guy Thomas de Riom est constitué de 324 lits sur des disciplines variées avec une activité gériatrique importante (Courts Séjours Gériatriques 75 lits ,149 lits d'EHPAD, une unité de Coordination et Télémédecine, une unité de consultation d'évaluation gériatrique et des troubles de la mémoire, un HDJ diagnostic de 7 places).
- Le site de Louise Michel comprend 2 unités de SMR gériatriques (56 lits), des EHPAD et USLD (210 lits), une filière Cognitivo-Comportementale, les unités transversales : Unité Mobile de Gériatrie et Antenne d'Onco-Gériatrie.

Le Centre Hospitalier Guy Thomas de Riom recrute UN PRATICIEN EN MÉDECINE GÉRIATRIQUE

Missions : Vous aurez la prise en charge médicale globale des patients hospitalisés et d'activités cliniques auprès des résidents. Mise en œuvre et réévaluation du projet de soins. Communication avec les familles. Vous aurez l'organisation de la sortie des patients en lien avec les professionnels de santé de l'hôpital.

Poste : Praticien hospitalier ou contractuel à temps plein ou temps partiel.

Profil : Médecin inscrit à l'Ordre. Formation possible (DIU médecine de la personne âgée).

Rémunération : Selon la réglementation. Possibilité de percevoir la prime d'engagement de carrière hospitalière.

Candidature / Prise de contact :

Dr Clément LAHAYE, Chef de pôle
clahaye@chu-clermontferrand.fr
affaires-medicales@ch-riom.fr

Vous voulez
en savoir plus :



Le service de gériatrie de l'hôpital Renée Sabran, situé près de Toulon sur la presqu'île-de-Giens

RECHERCHE UN PRATICIEN HOSPITALIER GÉRIATRE

L'Hôpital Renée Sabran est un établissement des Hospices Civils de Lyon.



Le service est composé d'une unité de court séjour (8 lits), de 52 lits de SMR et d'un hôpital de jour composé de 3 places avec une évolution à venir.

Le médecin exercera sur les unités de médecine du vieillissement, de soins de suite et de rééducation et en hôpital de jour.

L'équipe médicale est composée de 3 PH temps plein et d'1 PH à temps partiel.

Le service fait partie de l'Institut du Vieillissement des Hospices Civils de Lyon. Dans ce cadre, le praticien aura accès à la dynamique de travail collectif d'amélioration des pratiques professionnelles, de recherche et d'innovation dans le vieillissement et aux actions de formation médicales.

Poste de PH temps plein.

Possibilité de logement sur place.

Intégration souhaitée au tour de garde de l'hôpital (nuits et week-end).

Pour toute information complémentaire et pour adresser votre CV, contacter le Docteur Charlet chef de service :

✉ veronique.charlet@chu-lyon.fr ☎ 04 94 38 17 50

<http://www.chu-lyon.fr/fr/service-medecine-vieillissement-soins-reeducation-readaptation-geriatriques-renee-sabran>



C.C.A.S.

Centre Communal d'Action Sociale
Les Sables d'Olonne

Une belle équipe vous attend dans un cadre de vie d'exception : l'une des Plus Belles Baies du Monde, la ville du Vendée Globe. Créeée le 1^{er} janvier 2017 et avec ses 55016 habitants, la Communauté d'Agglomération des Sables d'Olonne est la 2^{ème} agglomération de Vendée.

Au sein de l'EHPAD Résidence Les Cordeliers ou l'EHPAD Résidence Les Vallées, vous exercerez dans une ambiance chaleureuse. Ce sont des établissements où les résidents se sentent chez eux, et pour lesquels les équipes veillent à la préservation de leur autonomie.

Si vous avez une passion pour les soins et que vous voulez vous investir auprès d'équipes dynamiques, l'EHPAD Résidence Les Cordeliers ou l'EHPAD Résidence Les Vallées sont les lieux qui conviendront à votre épanouissement professionnel !

Sous l'autorité hiérarchique de la direction de l'EHPAD, vous exercez votre activité en toute indépendance sur le plan technique et travaillez dans le respect du secret partagé et des missions propres à chacun.



Contact à l'EHPAD Résidence Les Vallées – 85180 Les Sables d'Olonne :
Madame Ombeline CHARDONNEAU – Directrice
ombeline.chardonneau@lessablesdolonne.fr ☎ 02 51 95 64 32

LE CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE LA VILLE DES SABLES D'OLONNE

Recrute

Deux Médecins Coordonnateurs

MISSIONS ET COMPÉTENCES

- Élabore, met en œuvre et évalue le projet de soins avec le concours de l'équipe soignante.
- Contribue à la permanence des soins, veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels et doit référer des difficultés dont il a connaissance au directeur de l'établissement.
- Identifie les risques éventuels de santé publique dans l'établissement et veille à la mise en œuvre des préventions, de la surveillance et des prises en soins.
- Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation des personnels au sein de l'établissement.
- Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention, au sein de l'établissement, de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux.

PROFIL

Titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de gériatrie, d'une capacité de gérontologie, d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur en Ehpad ou, à défaut, d'une attestation de formation.

CONDITIONS DE RECRUTEMENT

Poste à pourvoir à temps non complet : 50 % sur chacun des 2 EHPAD.

Cadre d'emploi des médecins territoriaux.

Poste à pourvoir dès que possible.



Interventions possibles sur les deux établissements du CCAS pour assurer la continuité des soins.

Contact à l'EHPAD Résidence Les Cordeliers – 85340 Les Sables d'Olonne :
Madame Michèle RIBLE – Directrice
michele.rible@lessablesdolonne.fr ☎ 02 51 23 86 22



LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-NAZAIRE RECHERCHE UN MÉDECIN GÉRIATRE

À 80 % à pourvoir de suite.

Le poste est en hospitalisation complète de médecine gériatrique aiguë.

L'ensemble de ces activités est assuré par une équipe de 19 praticiens et 7 internes. Des changements d'activité et d'affectation au sein du service de Gériatrie peuvent être envisagés régulièrement selon les besoins et les souhaits de chacun.

- Travail en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire : ergothérapeutes, psychologues, psychomotricienne, kinésithérapeute, E APA, diététicienne.
- Participation à l'élaboration des projets personnalisés.
- Participation aux astreintes de Gériatrie (Court séjour, SSR et Hébergement) : 1 à 2 astreintes de semaine par mois, 1 WE toutes les 5 à 6 semaines, en collaboration avec un autre Gériatre et 1 interne.
- Participation aux projets institutionnels, à la démarche qualité.



Sur le site de la Cité Sanitaire :

- 70 lits de Court séjour Gériatrique,
- 30 lits de SSR G,
- 1 EMG intra et extra hospitalière,
- 1 HdJ,
- Une consultation mémoire, des consultations externes.



Profil recherché

- Être Médecin Gériatre diplômé (DES, DESC, Capacité),
- Être Médecin Généraliste en cours de formation gériatrique ou avec une expérience en Gériatrie.

Au sein d'une région touristique, reconnue pour son dynamisme économique et sa qualité de vie, le Centre Hospitalier est situé à 5 min de la mer, 10 min de La Baule et 1 h de Nantes. Vous pourrez bénéficier d'un cadre de vie agréable (activités culturelles et sportives complètes) et d'un cadre de travail dans un bâtiment récent.

Suivez nos projets et notre actualité sur nos réseaux sociaux :

@CentrehospitalierSaintNazaire
 @centre-hospitalier-de-saint-nazaire

Pour tout renseignement, vous pouvez nous adresser

- au Dr Dessus Chevrel, Chef de Pôle,
- aux Dr Bodé Matthieu ou Dr Simon Pauline, Médecins référents,
- à Mme Pelligand, Directrice des Affaires Médicales recrutement-medecins@ch-saintnazaire.fr

NOS EHPAD ASSOCIATIFS RECRUTENT

CDI Temps partiel (20 % à 60 %)

DES MÉDECINS COORDONNATEURS

Postes disponibles en Île-de-France (77), Normandie (61), Bretagne (56), Pays de la Loire (44), Grand-Est (54), Auvergne Rhône-Alpes (38) et Bourgogne-Franche-Comté (21).

Engagez-vous humainement auprès de nos seniors pour contribuer à leur prise en charge gérontologique et favoriser la coordination des soins.

Notre page carrière : www.asso-lesbruyeres.com/les-offres-demploi/



Visionnez le portrait de l'un de nos Médecins Coordonnateurs chez LBA



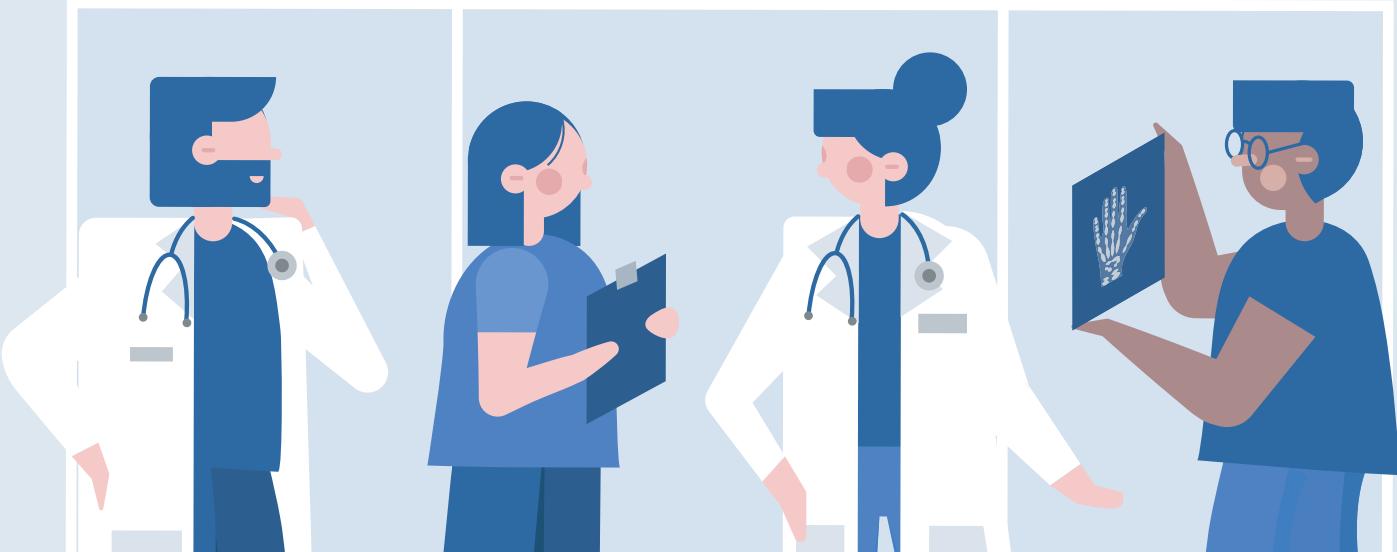
Les
Bruyères
Association

Le sens de l'engagement, le sens de la vie

L'humain est au centre de toutes nos actions.



L'OUTIL DE COMMUNICATION DES ACTEURS DE LA SANTÉ



Médecins - Soignants - Personnels de Santé

**1^{er} Réseau Social
de la santé**



Retrouvez en ligne des
milliers d'offres d'emploi



Une rubrique Actualité
qui rayonne sur
les réseaux sociaux

**1^{ère} Régie Média
indépendante
de la santé**



250 000 exemplaires de
revues professionnelles
diffusés auprès des
acteurs de la santé



Inscription gratuite

Rendez-vous sur
www.reseauprostante.fr

01 53 09 90 05

✉ contact@reseauprostante.fr

