

LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

SEPTEMBRE 2026 - NUMÉRO GRATUIT

#41



Association des Jeunes Gériatres

www.assojeunesgeriatres.fr

AjG
Association
des Jeunes
Gériatres

LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE #41

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2026

BUREAU PRÉSIDENTE

Rafaëlle ROTH

VICE-PRÉSIDENTE
Lucrezia-Rita SEBASTE

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Jérémy HUET

TRÉSORIER
Ludovic ROBBE

VICE-PRÉSIDENTE COMMUNICATION
Marine OECHSLIN RIMET

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Laure ALLAN
Hazem BEN RAYANA
Nathan BLEU
Amélie BOINET
Floriane BRIL
Sandra BRISSART
Victoire DEFENTE
Nicolas DENIAU
Justine DOSSOU BADJIOKILA
Bastien GENET
Anne-Sophie GAUTHIER
Héloïse GOBILLOT
Clémence GRANGE
Karen GUERIN
Sylvana HO-BING-HUANG
Florian MARONNAT
Marion NGUON
Marie OTEKPO
Julie TISSERAND
Romain VAN-OVERLOOP

SOMMAIRE

- 03 ÉDITORIAL**
- 04 ARTICLE THÉMATIQUE**
Jeunes SFMU
- 10 FOCUS GÉRIATRIQUE**
Le regard du Gériatre en réanimation
- 13 FICHE MÉTIER**
Unité Mobile Gériatrique Régulée (UMGR)
- 17 FICHE PRATIQUE**
Admission Directe Non Programmée (ADNP)
- 18 RETOUR DE CONGRÈS**
Retour sur les 21^{èmes} journées nationales de la SoFOG
- 20 FICHE DU MÉDICAMENT**
Les antibiotiques, c'est pas automatique
- 24 ACTUALITÉS AJG**
- 25 BIBLIOGRAPHIE**
Sepsis chez le sujet âgé : une entité fréquente, atypique et redoutable
- 29 CAS CLINIQUE**
Un diagnostic peut en cacher un autre
- 32 ANNONCES DE RECRUTEMENT**

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



Crédit couverture : Image générée par IA

Crédit Images : Adobe Stock, 123RF, IA, 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.

CHÈRES LECTRICES, CHERS LECTEURS,

Nous revoilà avec un nouveau numéro qui a l'ambition de traiter un large sujet sur la gériatrie et les urgences.

Sur les dernières années, le service des urgences ne se désemplit pas de patients âgés pour des motifs divers et variés : chute, syndrome confusionnel, décompensations d'organes, maintien au domicile difficile... face aux déserts médicaux, les urgences sont devenues, parfois, le premier recours pour une consultation.

Un passage aux urgences pour nos aînés est aussi synonyme de syndrome confusionnel, escarres, déclin fonctionnel... entraînant une cascade gériatrique que nous cherchons tous à éviter.

La gériatrie et la médecine d'urgence ont un objectif commun : fluidifier la prise en charge des patients âgés toujours plus nombreux, dans une temporalité la plus courte possible. Cette gazette est donc le fruit d'une collaboration entre ces deux spécialités.

L'article thématique a été rédigé par nos confrères de la Commission Jeunes de La Société Française de la Médecine d'urgence ; nous espérons au travers de cet article, une longue collaboration !

Le focus gériatrique nous questionne sur la place de la réanimation en gériatrie, avec l'interview du Dr Loïc PREZ, CCA de réanimation polyvalente ancien gériatre.

La fiche métier nous présente un dispositif innovant, l'Unité Mobile Gériatrique Régulée (UMGR) dans le Lot.

La fiche pratique, retrace le dispositif d'admission direct non programmée mis en place au Centre hospitalier de Montauban.

La fiche médicament nous rappelle quels antibiotiques probabilistes choisir devant un sepsis.

Le retour de congrès se concentre sur les 21^e journées nationales de la SoFOG qui ont eu lieu les 15-16-17 décembre à Chantilly.

L'actu AJG nous rappelle les prochaines dates clés : à vos agendas !

La bibliographie met en avant les spécificités de la prise en charge d'un sepsis chez les personnes âgées fragiles.

Enfin **le cas clinique** clôture ce numéro avec un cas sur la prise en charge d'une personne âgée complexe aux urgences.

Nous espérons, par ce numéro réduire l'attente de nos pépés et mémés aux urgences, et qui sait, créer des vocations d'Urgento-Gériatre !

Floriane BRIL & Sylvana HO-BING-HUANG

JEUNES SFMU

La médecine d'urgence est devenue une spécialité à part entière avec la création du DES en 2015. Auparavant, les médecins urgentistes étaient pour la plupart des médecins généralistes avec un diplôme complémentaire en médecine d'urgence (DESC). L'activité d'un médecin urgentiste se veut en interaction avec toutes les autres spécialités. Le référentiel de compétences à la base du DES publié en 2011 ne fait pourtant pas de mention spécifique concernant la gériatrie. La formation des médecins urgentistes est orientée tout particulièrement vers les urgences vitales intra et extra hospitalière. La plateforme commune d'enseignement (SIDES-NG) pour le DES de médecine d'urgence propose un unique sous-chapitre gériatrique : les troubles du comportement de la personne âgée (PA) et le maintien à domicile difficile. Cette lacune de formation peut être à la base d'un certain inconfort dans la prise en charge de ces patients. La maquette d'internat du DES propose néanmoins un stage en service de post-urgence qui doit permettre, dès la phase socle, d'acquérir certains réflexes pour améliorer nos pratiques. Les sociétés savantes semblent se saisir du sujet en mettant en place notamment des formations dédiées et des groupes de travaux. Prenons l'exemple de la société européenne de médecine d'urgence qui a une section spécifique à la gériatrie (GeriEM) proposant des projets de formation et de recherche. En France, certaines universités proposent des DU de médecine d'urgence de la personne âgée.

Les services d'urgences sont en première ligne pour répondre à la fois au besoin grandissant d'une population vieillissante mais aussi pour pallier les carences des soins primaires concernant cette même population.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Pour la DREES, en 2013 et un jour donné, les patients de > 75 ans représentaient 12 % des passages dans des services d'urgences adultes (dont 50 % avait > 85 ans). Malgré ce chiffre relativement faible, plus de la moitié de ces passages sera suivie d'une hospitalisation (56 %). Parmi les patients non hospitalisés au décours, avec des lésions sans gravités, 97 % provenaient du domicile et aurait probablement pu bénéficier de la visite d'un médecin de ville. La grande majorité des passages de patients âgés (80 %) a lieu en journée entre 8 et 20 heures.

Le temps d'attente aux urgences pour un quart des patients âgés dépasse les 8 heures. En 2023, une nouvelle enquête de la DREES retrouve que les patients gériatriques représentent 14 % du total des passages et plus d'un tiers attend plus de 8 heures. L'étude française « no bed night » est sans équivoque : une nuit passée sur un brancard aux urgences augmente de près de 40 % le risque de mortalité hospitalière des patients âgés. Les recours aux urgences des patients de plus de 75 ans sont représentés par : des motifs traumatologiques (25 %), des problèmes cardio-circulatoires (16 %), des problèmes respiratoires (9 %) et des motifs autres : altération de l'état général, asthénie, anomalie de résultats biologiques (15 %).

La plupart des problématiques globales comme "l'asthénie" ou "le maintien à domicile difficile" ne répondent pas à une prise en charge type et structurée (identification d'une problématique, élimination des étiologies

les plus graves ou immédiatement curables, initiation d'une thérapeutique, orientation vers une structure d'aval). Ces situations complexes sont peu compatibles avec le mode de fonctionnement en flux permanent des urgences (les patients et l'attente s'accumulent et des urgences immédiates s'intercalent). Cette difficulté vient aussi du fait de la méconnaissance par les urgentistes des dispositifs existants et des structures d'appuis, ceux-ci n'étant pas du ressort immédiat de notre spécialité au quotidien. L'intégration de personnel spécifique dans les services d'urgence comme les infirmiers gériatriques d'urgence ou un médecin gériatre aux urgences est un élément de réponse intéressant.

Les équipes soignantes sont soumises à des contraintes temporelles dans des prises en charge toujours plus rapides avec des environnements pour le moins inadaptés à la gériatrie. L'identification des patients présentant des syndromes de fragilité spécifiques est cruciale pour repérer ceux qui présentent le risque le plus élevé d'évolution défavorable et qui sont les plus susceptibles de bénéficier d'interventions spécialisées. Des modèles de soins se développent, visant à proposer une évaluation et une prise en charge multidimensionnelles par des équipes de soins spécialisées et multidisciplinaires (évaluation gériatrique globale). De plus en plus, ces modèles démontrent une amélioration des résultats, notamment en évitant les hospitalisations et en réduisant la mortalité et la dépendance.

SPÉCIFICITÉS DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE ÂGÉE AUX URGENCES

LA FRAGILITÉ

Le repérage précoce des patients fragiles aux urgences est donc essentiel afin d'adapter la stratégie diagnostique, thérapeutique et l'orientation du patient. Plusieurs outils de dépistage existent et peuvent être utilisés en pratique clinique. La Clinical Frailty Scale (CFS) (simplicité et de sa rapidité d'utilisation), le TRST (Triage Risk Screening Tool) ou l'ISAR (Identification of Seniors At Risk). Ces outils permettent notamment d'identifier les patients à haut risque de complications ou de perte d'autonomie après un passage aux urgences. La fragilité doit également être prise en compte lors des prescriptions thérapeutiques. De même, certaines explorations invasives peuvent exposer à des complications délétères par rapport au bénéfice attendu. Le passage aux urgences constitue lui-même un facteur de décompensation chez le sujet âgé fragile. L'attente prolongée sur un brancard,

la privation de sommeil, le jeûne, la douleur ou la désorientation environnementale favorisent l'apparition de complications telles que le syndrome confusionnel, la dénutrition ou la perte d'autonomie. L'objectif de la prise en charge ne doit donc pas uniquement être le traitement de l'urgence médicale mais également la préservation de l'état fonctionnel du patient.

CLINIQUE ATYPIQUE

Chez la personne âgée, les pathologies aiguës se présentent fréquemment de manière atypique. Les symptômes classiques enseignés au cours de la formation médicale peuvent être absents ou peu marqués. Cette particularité diagnostique constitue une difficulté majeure aux urgences et nécessite une vigilance accrue des équipes soignantes, en particulier aux urgences. Ainsi, une infection sévère peut se manifester sans hyperthermie, un syndrome coronarien aigu peut survenir sans

douleur thoracique et une péritonite peut présenter peu de signes abdominaux. La chute représente un exemple particulièrement fréquent. Elle constitue rarement un diagnostic à part entière mais doit être considérée comme un symptôme pouvant révéler une infection, un trouble du rythme cardiaque, une hypotension orthostatique, une iatrogénie médicamenteuse ou encore un trouble neurologique aigu. Les difficultés diagnostiques sont également majorées par les troubles cognitifs préexistants, les troubles sensoriels ou les difficultés de communication. L'anamnèse peut être incomplète voire impossible à obtenir directement auprès du patient. Le recours aux aidants, aux proches ou aux équipes des établissements d'hébergement devient alors essentiel afin de retracer l'histoire clinique, l'autonomie de base et les traitements habituels. Cette présentation atypique explique probablement en partie le recours plus fréquent aux examens complémentaires aux urgences chez les patients âgés. Toutefois, cette stratégie diagnostique doit rester raisonnée afin d'éviter une escalade d'examens parfois peu pertinents ou potentiellement délétères. L'approche clinique globale conserve donc une place centrale dans l'évaluation gériatrique aux urgences.

LA IATROGÉNIE

La iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée représente une cause fréquente de recours aux urgences. Selon certaines études, près de 10 à 20 % des hospitalisations des patients âgés seraient liées à un événement iatrogène. Les médicaments les plus fréquemment impliqués sont les psychotropes, les anticoagulants, les antihypertenseurs, les diurétiques, les antidiabétiques et les antalgiques opioïdes. La recherche d'une cause iatrogène doit être systématique devant toute décompensation aiguë. Une coordination des urgentistes avec le médecin traitant et les structures d'aval apparaît indispensable afin de sécuriser le retour à domicile.

LA DOULEUR

La douleur représente le motif principal de consultation aux urgences. La littérature rapporte que 70 % des patients présents aux urgences sont douloureux. Chez le patient non communicant, des échelles d'hétéroévaluation telles que ALGOPLUS ou la Behavioral Pain Scale (BOS-3) sont recommandées. Une douleur insuffisamment traitée aux urgences peut favoriser la confusion, l'agitation, la perte d'autonomie ou encore la chronicisation douloureuse. Les mobilisations, les soins infirmiers ou certains gestes techniques doivent bénéficier d'une analgésie adaptée. La qualité de l'antalgie au retour à domicile constitue un enjeu majeur afin d'éviter les re-consultations précoces.

LA CONFUSION

L'environnement des urgences constitue un facteur favorisant majeur. Les bruits continus des monitorages, la foule, les lumières agressives, le manque de repères temporels, l'attente prolongée sur des brancards inadaptés ou encore la privation des appareillages sensoriels favorisent l'apparition ou l'aggravation d'un état confusionnel. La privation de sommeil et la rupture des habitudes de vie participent également à cette désorientation. Le rôle des aidants/proches est essentiel dans cette prise en charge. Ils permettent de rassurer le patient, d'améliorer la communication avec l'équipe soignante et d'apporter des informations indispensables concernant l'état cognitif de base ou l'autonomie habituelle.

La mise en place de filières gériatriques dédiées permettrait d'améliorer la prise en charge de ces patients. Certaines expériences françaises, notamment au CHU de Limoges, ont montré une diminution du temps de passage aux urgences, du taux d'hospitalisation et des re-consultations grâce à l'intervention précoce d'équipes gériatriques spécialisées.

L'AGITATION

L'agitation psychomotrice constitue une situation fréquente et particulièrement complexe aux urgences. L'agitation ne doit donc jamais être considérée comme un simple trouble comportemental mais comme un symptôme nécessitant une évaluation clinique complète. La contention physique ne doit jamais constituer une mesure de première intention. Elle expose à de nombreuses complications telles que les traumatismes, les escarres, la majoration de l'agitation, la perte d'autonomie ou encore le syndrome post-chute. Son utilisation doit rester exceptionnelle, limitée dans le temps et régulièrement réévaluée.

Lorsque les mesures non pharmacologiques sont insuffisantes et que le patient présente un danger pour lui-même ou pour les soignants, une sédation médicamenteuse prudente peut être envisagée. Le choix des molécules doit tenir compte du terrain gériatrique et du risque élevé d'effets indésirables.

EN CONCLUSION

Le développement de filières gériatriques dédiées, l'intervention précoce des équipes mobiles de gériatrie et l'amélioration des liens entre les urgences, les services hospitaliers, la médecine de ville et les EHPAD constituent des axes majeurs d'amélioration. L'adaptation architecturale des services d'urgences représente également un enjeu important : réduction du bruit, limitation des temps d'attente sur brancard, amélioration de l'éclairage et création d'espaces plus adaptés aux patients âgés fragiles.

QUEL PARCOURS DE SOINS POUR LE PATIENT ÂGÉ PASSANT AUX URGENCES ?

Du côté des urgences, il a été démontré qu'indépendamment des facteurs liés au diagnostic final, les facteurs liés au terrain du patient (autonomie, troubles cognitifs, contexte social...) faisaient intégralement partie de la décision d'hospitalisation ou non par le médecin urgentiste (4). Au niveau international, des recommandations de prise en charge des personnes âgées aux urgences ont d'ores-et-déjà été rédigées afin de fluidifier le parcours patient spécifique de ces usagers, en se basant sur des interventions facilitant la transition ville-hôpital (6,7).

ANTICIPATION EN AMONT DE L'HÔPITAL

Certains systèmes ont été mis en place afin d'éviter le passage aux urgences de patients institutionnalisés (EHPAD). La HAS a jugé qu'environ 1 transfert sur 3 de ces patients vers les urgences était inapproprié ou évitable.

La démarche ASSURE

Initiée dans les Hauts-de-France en 2018, ce système est actuellement mis en place également en Île-de-France par le groupe Univi Santé et Gêrond'if. Le gériatre devient régulateur. Il aide les soignants d'EHPAD à évaluer si le transfert est pertinent ou si une prise en charge in situ est possible. La stratégie repose sur des outils d'aide à la décision pour le personnel des EHPAD (protocoles de soins d'urgence, posters et aides cogni-

tives) et un lien direct avec le SAMU et les urgences. Elle permet d'organiser des sessions de formation et de sensibilisation aux soins d'urgences d'une demi-journée à l'attention du personnel d'encadrement des EHPAD, assurées par des binômes de médecins gériatres et urgentistes de chaque filière gériatrique. Cette mesure a un impact concret avec une réduction du nombre de passages aux urgences estimé à 30 %.

L'UGED : Unité Gériatrique d'Entrée Directe

Développée à Nancy depuis 2014 et à Avignon depuis 2021. Il s'agit de lits de court séjour gériatrique réservés aux admissions non programmées venant directement du domicile ou de l'EHPAD, sans passer par les urgences. Le gériatre ou l'infirmier dédié gère une "hotline" dédiée aux médecins traitants. Si le patient relève de la gériatrie aiguë, il est admis directement.

LE SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS (SAS)

Depuis 2020, le SAS se généralise à tous les départements français. Il est l'évolution du SAMU-centre 15 pour intégrer différentes filières comme la psychiatrie ou la gériatrie. Son principe est simple, il permet de contacter un professionnel de santé libéral pour une demande de soins non programmés ou un professionnel de santé hospitalier pour une demande urgente ou complexe. Ce dispositif permet une meilleure réponse aux demandes de soins urgents et une fluidification des parcours de soins en renforçant le lien ville-hôpital.

Le « SAS sujets âgés » déployé à Toulouse a été évalué. En pratique, il permet au personnel du centre 15 de joindre immédiatement un gériatre d'astreinte du CHU Toulousain pour proposer une alternative sécurisée aux transferts en structure d'urgence pour les patients gériatriques « présumés comme à haut risque de visite à court terme sans argument d'urgence au moment de l'appel nécessitant un transfert immédiat ». Sur 364 patients inclus, près de 80 % ont pu éviter un passage aux urgences. Dans près de 45 % des cas, une admission directe en unité de court séjour a été possible. Le suivi à 7 jours a montré que l'intervention était sûre, avec un faible taux de recours non planifié dans les suites.





ORIENTATION : LA GÉRIATRIE DE LIAISON

Les gériatres interviennent au sein même des SAU et participent pleinement à la prise en charge des patients gériatriques en collaboration avec l'urgentiste.

La CUPPA : Cellule d'Urgences Parcours Personnes Âgées - Lyon, depuis 2019

Il s'agit d'une unité dédiée au sein même des urgences, fonctionnant en journée. Un binôme (médecin gériatre + IDE gériatrique) filtre les patients de +75 ans dès l'accueil.

Le gériatre réalise une évaluation gériatrique standardisée (EGS) flash pour décider : admission directe en service de gériatrie, retour à domicile sécurisé, ou hospitalisation de jour. Les fragilités du patient sont évaluées dès l'arrivée et plus rapidement.

Il en résulte une diminution de l'attente sur les brancards et une orientation plus juste vers la filière gériatrique plutôt que vers des lits de médecine polyvalente, ou au mieux, organiser un retour à domicile pour éviter une hospitalisation superflue. Par ailleurs on remarque une sécurisation du retour à domicile avec un plus faible taux de reconsultation aux urgences.

Les EMG et IGU : Équipes Mobiles de Gériatrie et Infirmier Gériatrique aux Urgences

Les IGU sont développées à Marseille, Nice, Brignole et à Gap, les équipes mobiles un peu partout sur le territoire (en 2020, 355 établissements de santé disposaient d'une EMG en France).

Les intervenants sont des médecins gériatres, IDE, parfois des IPA en médecine polyvalente. Ils évaluent

des patients fléchés au sein même des urgences sur la possibilité de retour au domicile et la suite des soins. Certains intègrent un médecin gériatre directement à l'UHCD pour gérer les patients gériatriques (exemple à Lariboisière à Paris où ils prennent en charge jusqu'à 10 patients sur les 24 lits).

Cela permet une prise en charge spécialisée aux urgences pour améliorer les soins des patients, une gestion à distance par le gériatre qui n'est donc pas détaché au SAU. Une évaluation gériatrique précoce au SAU, c'est - 25 % de durée moyenne de séjour si le patient est hospitalisé, et une réduction significative du risque de syndrome confusionnel iatrogène.

SÉCURISATION DU RETOUR À DOMICILE : ET SI ON SIMPLIFIAIT LA SUITE ?

Avec un aval dédié, moins de risque au retour au domicile. Les filières de réorientation permettent d'avoir un filet de sécurité et d'organiser une suite en collaboration avec la famille.

Le retour à domicile sécurisé par un HDJ gériatrique

On retrouve ces modèles dans de nombreux Géronotopôles (Toulouse, Nantes) et dans les grands centres urbains (AP-HP, Douai, ou au CHU de Bordeaux). Pour les patients stables mais fragiles, l'articulation repose sur l'Hospitalisation de Jour (HDJ) de bilan sous 72h. L'urgentiste ou l'EMG du SAU dispose d'une ligne directe (hotline) ou d'un accès à un agenda partagé pour réserver un créneau de bilan complet (chute, mémoire, iatrogénie) sous 72h, permettant de libérer le patient du SAU en toute sécurité

Le suivi post-urgence (Modèle ASSURE / Ville-Hôpital) - Hauts-de-France et Île-de-France

Le gériatre coordonne un réseau d'Infirmières de Pratiques Avancées (IPA) ou de coordinateurs. Un soignant du réseau rappelle le patient à J+2 et J+7. L'objectif est de vérifier l'observance, la compréhension des nouvelles prescriptions et la mise en place des aides. Le modèle de l'inclusion des paramédicaux dans le suivi après le passage par les urgences est directement inspiré de modèles américains qui ont mis en évidence une meilleure prise en charge précoce des urgences par le biais de ces suivis.

Les UPUG, unités post-urgences gériatriques

Services dédiés à des séjours gériatriques courts depuis les urgences qui permettent de sécuriser le retour à domicile sans rallonger le temps d'hospitalisation.

Tous ces exemples de modèles mis en place sur le territoire montrent qu'il est possible de collaborer étroitement entre nos spécialités pour pouvoir améliorer la prise en charge de ces patients qui souffrent d'un passage étendu aux urgences ou d'une hospitalisation superflue.

Commission jeunes de la SFMU

Partie 1 : **D^r Thomas BARRAQUE** - Urgences/SMUR, Centre hospitalier des Alpes du sud - Gap
Partie 2 : **D^r Léa PÉRARD** - CHU Gabriel Montpied Urgences / SAMU-SMUR 63 Clermont-Ferrand
Partie 3 : **D^r Agathe BEAUVAIS** - SAU Hôpital Saint-Antoine, APHP

RELECTURE :

D^r Raffaëlle ROTH

Gériatre, Hôpital Broca APHP

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

RÉFÉRENCES

- Référentiel métier-compétences pour la spécialité de médecine d'urgence. AFMU. 2012. B. Nemitz, P. Carli & al.
- DRESS : Enquête Urgences 2013 et 2023 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-urgences-2023>
- Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients. JAMA Intern Med. Published Online: November 6, 2023;183(12):1378-1385. M Roussel & al.
- Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. Clin Interv Aging. 2014 Nov 24;9:2033–2043. Graham Ellis, Trudi Marshall, Claire Ritchie. doi: 10.2147/CIA.S29662.
- Clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 2005;173(5):489-95. DOI: 10.1503/cmaj.050051.
- Prevenir_la_dependance_iatrogene_liee_a_l'hospitalisation_chez_les_personnes_agees_-_fiche_points_cles.pdf
- Tcherny-Lessenot S, Karwowski-Soulié F, Lamarche-Vadel A, Ginsburg C, Brunet F, Vidal-Trecan G. Management and Relief of Pain in an Emergency Department from the Adult Patients' Perspective. Journal of Pain and Symptom Management. 2003;25(6):539-46. DOI: 10.1016/S0885-3924(03)00147-7.
- Villoing B, Galinski M, Baron M-A, Blancher M, Bouillon J-B, Bounes V, et al. Acute pain management in emergencies in 2024 : Formalized recommendations from experts of the French Society of Emergency Medicine. Annales françaises de médecine d'urgence. 2025;15(3):177-203. DOI: 10.1684/afmu.2025.0661.
- Syndrome confusionnel | www.cen-neurologie.fr - Disponible : <https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/semiologie-analytique/syndrome-confusionnel>
- Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-Associated Disability: "She Was Probably Able to Ambulate, but I'm Not Sure." JAMA. 2011;306(16):1782-1793. doi:10.1001/jama.2011.1556.
- Loyd C, Markland AD, Zhang Y, et al. Prevalence of Hospital-Associated Disability in Older Adults: A Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc. 2020;21(4):455-461.e5. doi:10.1016/j.jamda.2019.09.015.
- Hunt V. Older Adults Are Spending Too Long in the ED—Here's Why and What Could Help. JAMA. 2025;334(7):560-561.
- Smulowitz PB, Weinreb G, McWilliams JM, O'Malley AJ, Landon BE. Association of Functional Status, Cognition, Social Support, and Geriatric Syndrome With Admission From the Emergency Department. JAMA Intern Med. 2023;183(8):784-792. doi:10.1001/jamainternmed.2023.2149.
- Geriatric Emergency Department Guidelines. Annals of Emergency Medicine. 2014;63(5):e7-e25. doi:10.1016/j.annemergmed.2014.02.008.
- Dubucs, X., Colomar, L., Dabasse, O. et al. Geriatrician telephone support for emergency medical dispatchers: safe alternatives for older patients at high risk of short-term emergency department visits. Eur Geriatr Med (2026). <https://doi.org/10.1007/s41999-026-01483-1>.
- Gettel CJ, Hastings SN, Biese KJ, Goldberg EM. Emergency Department-to-Community Transitions of Care. Clin Geriatr Med. 2023;39(4):659-672. doi:10.1016/j.cger.2023.05.009.
- Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2011;343:d6553. doi:10.1136/bmj.d6553.
- Skains RM, Hayes JM, Selman K, et al. Emergency Department Programs to Support Medication Safety in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 2025;8(3):e250814. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.0814.



LE REGARD DU GÉRIATRE EN RÉANIMATION

Docteur PREZ est médecin gériatre inscrit à l'Ordre des médecins, mais aussi médecin réanimateur au CHU de LILLE. Son parcours est un choix de la spécialité gériatrie au concours de l'ECN en 2020 ; puis, après 4 ans d'internat et 2 passages en stage en réanimation, son projet de post-internat s'est orienté vers la réanimation et, au final un changement de spécialité.

Cependant, la casquette gériatrique reste un atout majeur dans sa pratique de réanimateur. En voici quelques raisons.

SE POSITIONNER DANS LA PRISE DE DÉCISION

En pratique, qu'est-ce qui permet de déterminer l'évolution favorable d'un patient âgé fragile, là où les réanimateurs, peut-être, s'arrêteraient sur l'âge civil ?

C'est tout l'intérêt, à mon sens, de notre spécialité de gériatre. On apprend quotidiennement à faire des évaluations gériatriques, et c'est sur quoi le réanimateur, en tout cas le réanimateur d'aujourd'hui, va se fonder pour son projet de réanimation plus ou moins invasive : on parle de réanimation proportionnée. Ou utilise également des scores, notamment de fragilité, tel que le CFS [Clinical Frailty Scale], parce que c'est le score utilisé dans les études du sujets âgés en réanimation.

Les réanimateurs d'aujourd'hui se détachent de plus en plus de l'âge du patient. Évidemment, le patient de 95 ans n'est pas le même que celui de 80 ans. La véritable question à se poser est : quel était son état antérieur ? Quelle est la pathologie aiguë ?

Ensuite, une discussion entre le gériatre et le réanimateur, ainsi que la famille et le patient est nécessaire. En effet, il faut intégrer la famille et le patient, leur présenter clairement les possibilités, sans mentir, sans omettre et en se basant sur des éléments concrets.

Comment définis-tu la limite entre la réanimation proportionnée et l'obstination déraisonnable chez nos patients polypathologiques ?

La limite est surtout définie par la qualité de vie du patient âgé, surtout sa qualité de fin de vie.

Le but étant, évidemment, de leur rendre une qualité de vie future viable et raisonnable.

C'est d'ailleurs une des questions que l'on doit se poser dès l'arrivée du patient en réanimation, mesurer chaque conséquence et chaque projet. Il faut s'enquérir, si possible, des volontés auprès du patient ou de sa famille, ce que le patient envisage sur sa vie future et est en mesure d'accepter.

LE POIDS DES THÉRAPEUTIQUES DE RÉANIMATION

La surmédication de la personne âgée est-elle un sujet en réanimation ?

SPOILER ALERT, OUI ! Il y a beaucoup, beaucoup de surmédication chez le sujet âgé en réanimation. Dans les courts séjours gériatriques, on arrête et on réévalue tout. On le fait aussi en réanimation. Les thérapeutiques utilisées sont différentes. On ne peut pas utiliser les thérapeutiques « chroniques » du fait de la gravité initiale. Elles sont d'emblée suspendues et réévaluées sur le projet de sortie ou lorsque le patient va mieux.

La surmédication, va au-delà même de la médication, elle concerne aussi le sur-soin. La réanimation est un environnement extrêmement invasif, l'intubation par exemple ; elle engendre des soins paramédicaux et de nursing lourd, avec des passages toutes les 3 heures pour contrôler les constantes, la glycémie capillaire, des réveils nocturnes, des alarmes et un environnement très bruyant... Parce que le patient est grave et qu'on ne peut pas le laisser sans cette surveillance minimale. Donc, il y a effectivement un sur-nursing.

En parlant de prescription, la contention est également un vrai sujet en réanimation. Il y a déjà la contention liée

à l'environnement : le scope, les SAP, les perfusions... À cela peut s'ajouter la contention physique (poignets/ceinture pelvienne) pour éviter la mise en danger, par exemple pour éviter que le patient arrache sa voie centrale, ou qu'il s'auto-extube. Peut également s'ajouter la contention chimique en regard, c'est une particularité de la réanimation [indication de sédation ou non].

Cette casquette gériatrique permet-elle, de prescrire moins de médicaments confusio-gène pour nos patients âgés en réanimation ?

Ma casquette est effectivement de mise ! Ma thèse sur l'iatrogénie médicamenteuse en gériatrie m'a permis de faire de la prévention auprès de mes collègues réanimateurs qui n'ont pas de formation conventionnelle. Ce sont soit des anesthésistes, soit des internes de médecine intensive réanimation qui ne passent pas ou peu en stage dans les services conventionnels. Il y a énormément de médicaments confusio-gènes en réanimation, et l'on peut évidemment remplacer par d'autres chez le sujet âgé. Donc, oui, la casquette gériatrique à toute son importance. Et mon rôle est aussi de sensibiliser et l'enseigner à mes collègues réanimateurs.

LE DEVENIR DES PATIENTS

Comment appréhende-t-on le projet de vie du patient gériatrique ? Y a-t-il des temps proposés pour l'équipe médicale, paramédicale et familiale au fur et à mesure de la prise en charge du patient ?

Ces temps sont communs à tous les patients en réanimation et sont même obligatoires selon les RFE [Recommandations Françaises en Réanimation], avec des temps éthiques proposés pour chaque patient. Pour le patient gériatrique, je définirai 3 temps très importants.

Le premier temps est comme le « temps d'avant » : anticiper le projet de soins, le définir très clairement avec les différents intervenants, c'est-à-dire le gériatre, le réanimateur, le patient et sa famille.

Ensuite le « temps pendant », qui définira aussi le « temps d'après ». Le « temps pendant » c'est tous ces temps éthiques dédiés, l'inclusion des soignants paramédicaux qui le voient toutes les 3 heures, la prise de conscience de la famille... La famille, qui avait peut-être un projet initial, réalise au fur et à mesure la lourdeur des soins, et le fait que le patient n'accepterait pas une telle perte fonctionnelle, cognitive ou nutritionnelle... Ces temps-là sont à minima hebdomadaires, voire à chaque demande familiale.

Donc oui, il y a ces différents temps dédiés au projet de soins et de réévaluation, sans fermer la porte à une décrémentation par rapport au projet initial. Et c'est toute l'importance de ce projet.

Qu'est-ce qu'est une réanimation réussie chez le sujet âgé ?

Question extrêmement difficile ! La réanimation réussie, je la définirai essentiellement par la satisfaction du patient face à sa vie fonctionnelle, cognitive, et nutritionnelle. Est-ce qu'on lui a rendu service en le faisant vivre plus longtemps sans être au détriment de sa qualité de vie.

Comment préparer au mieux la sortie pour éviter un déclin fonctionnel et cognitif « classique » dans les services post-réanimation (court-séjour, médecine polyvalente...) ?

On parle beaucoup de réhabilitation précoce en réanimation et notamment la réhabilitation fonctionnelle. Nous avons de la chance d'avoir un kinésithérapeute dédié au service. Plusieurs études sont en cours sur la mobilisation précoce du patient en réanimation, notamment un groupe qui portera sur les patients âgés. Ce qui

est sûr est que plus la mobilisation est précoce, meilleur sera la récupération.

Il y a également un petit groupe de patients qui a pu bénéficier de rééducation gériatrique post-réanimation : ce n'est pas du SMR [Soins Médicaux et de Réadaptation] mais de l'UPREG, l'unité post-réanimation gériatrique. Cet UPREG a pour but de prendre précocement dans une unité de soins moins lourde, avec des soignants formés en gériatrie et réanimation, des patients qui ont encore des amines par exemple ou de l'oxygénothérapie à haut débit qui nécessitent de la réanimation mais qui sont sur un versant d'amélioration et de sevrage. Cette unité permet donc de les mobiliser précocement, faire du nursing de gériatrie avec des équipes formées, etc.

Donc préparer la sortie du patient est prendre en compte l'accessibilité fonctionnelle, la mobilisation précoce, la sortie précoce de réanimation dès que possible.

LE GÉRIATRE EN RÉANIMATION

Quels sont les préjugés que les gériatres pourraient avoir sur les réanimateurs à déconstruire ?

Le préjugé fréquent est que le réanimateur fait peur, ce qui est faux. Il faut savoir intégrer la différence de temporalité entre vous et le réanimateur. Votre temporalité n'est pas la sienne ; s'il demande de temporiser et qu'il est impossible de le faire, il faut savoir le lui dire.

Il y a aussi souvent l'idée que le réanimateur ne veut pas prendre votre patient parce qu'il est âgé. C'était peut-être le cas avant, mais plus maintenant. Ce n'est plus acceptable, et c'est tout le principe et l'importance, je pense, de notre échange aujourd'hui.

Est-ce que tu vois un bénéfice pour, les internes de gériatrie, de passer en réanimation, et peut-être, aux internes de réanimation, d'avoir un regard gériatrique ?

Je pense que le stage de réanimation devrait être obligatoire dans la maquette de gériatrie pour de multiples raisons. La première est justement pour prendre conscience de la différence de temporalité. De plus, le passage en réanimation permet également de garder son calme dans les situations d'urgences stressantes. Par ailleurs, y passer permet de réaliser ce que l'on fait vivre au patient lorsqu'on l'envoie en réanimation, l'environnement en réanimation.

Pour la question : « est-ce que le réanimateur devrait passer en gériatrie ? », je suis plus tempéré. Déjà, parce que c'est difficile de demander au réanimateur de passer dans un service conventionnel. Mais effectivement, avoir des notions des moyens disponibles en gériatrie est important. Donc oui, je pense qu'il y aurait un bénéfice.

Comment peut-on rendre la réanimation « senior-friendly » ?

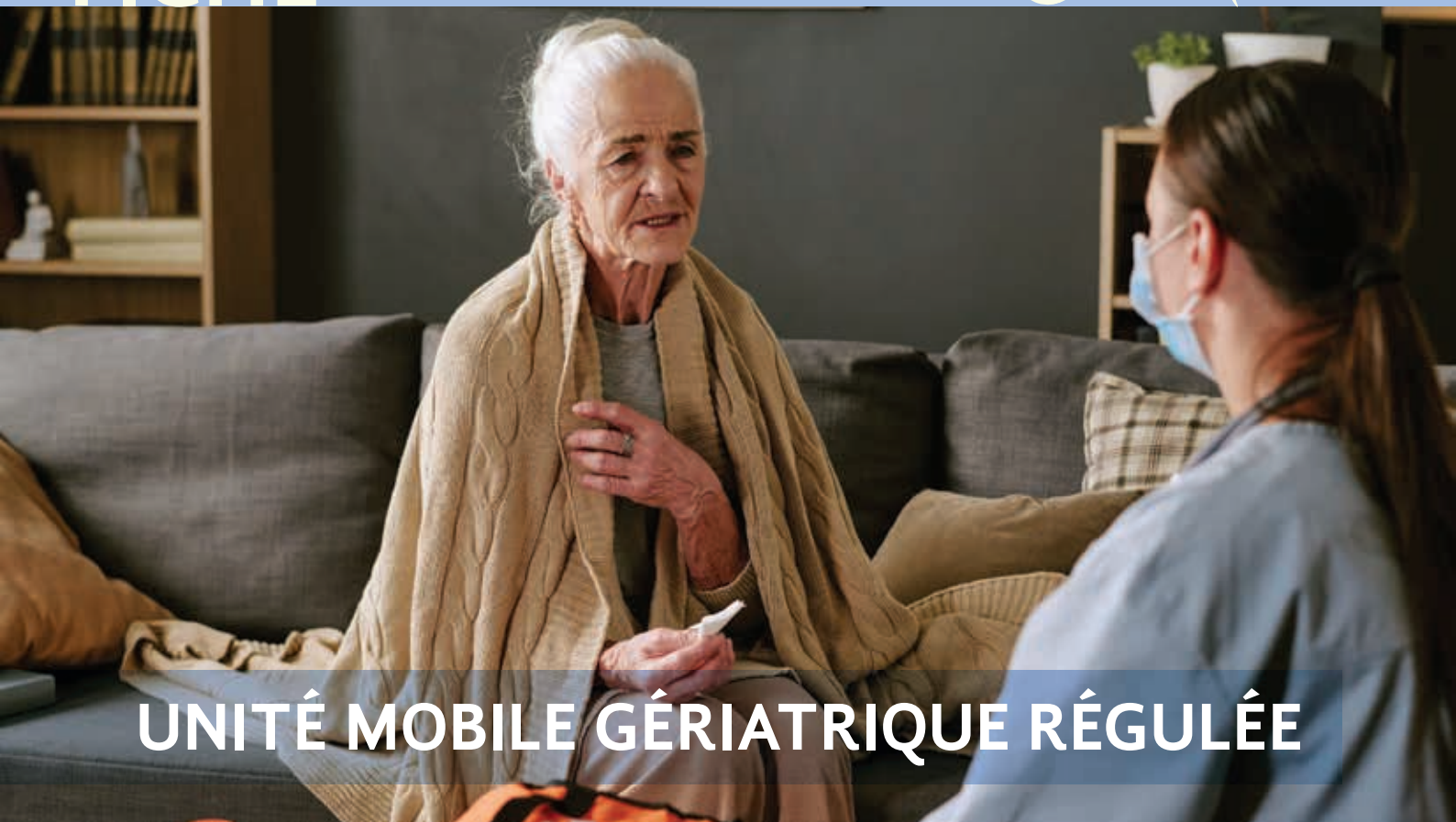
Cela passe par l'échange entre nos spécialités. Je dirai même qu'à mon sens, les deux spécialités ont beaucoup de point commun. On pourra dire que la réanimation est « senior-friendly » quand on intégrera l'idée qu'un gériatre et un réanimateur sont deux médecins polyvalents, dans des temporalités différentes avec des moyens différents, mais avec la même finalité, prendre en charge dans la globalité le sujet âgé.

Le réseau de soins que vous créez au sein de votre centre hospitalier et la communication entre services est très importante pour être « senior-friendly ». Cela permet une fluidité dans les discussions, notamment éthique, et un bénéfice dans les prises de décisions, notamment pour les projets de soins anticipés, voire post-réanimation, pour le patient.

Et qui sait, peut-être qu'un jour, un réanimateur dira qu'un sujet âgé est robuste.

D^r Loïc PREZ, CCA Réanimation polyvalente au CHU de LILLE
D^r Sandra BRISSART, Praticien hospitalier de Gériatrie au CH de DOUAI

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES



UNITÉ MOBILE GÉRIATRIQUE RÉGULÉE

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 le Dr David Dombrowski, je suis chef du département de gériatrie au CH de Cahors depuis 2019. Je suis Lillois d'origine où j'ai été formé à la faculté libre de médecine puis au CHRU de Lille. Cela fait maintenant bientôt sept ans que j'ai quitté les Hauts-de-France pour le Lot.

Le CH de Cahors est l'établissement support du GHT du Lot (46).

L'établissement porte la filière gériatrique du territoire avec un service de médecine gériatrique aiguë, l'unité mobile de gériatrie, l'HDJ ; les consultations (mémoire, fragilité, oncogériatrie, cardio gériatrique), l'EPSPA, l'USLD et depuis septembre 2024 l'UMGR (Unité Mobile Gériatrique Régulée).

Qu'est-ce qu'une Unité Mobile Gériatrique Régulée (UMGR) ?

L'Unité Mobile Gériatrique Régulée (UMGR) est un dispositif innovant visant à apporter une expertise gériatrique directement sur le lieu de vie du patient âgé. Elle intervient à la demande, après régulation au centre 15, auprès de patients fragiles vivant à domicile, en EHPAD. L'objectif est d'évaluer, orienter et sécuriser le parcours

de soins sans recourir systématiquement à une hospitalisation. Elle intervient donc uniquement en situation d'urgences sur demande du médecin régulateur.

À quels besoins répond l'UMGR ?

Face au vieillissement de la population et à la complexité croissante des situations gériatriques, l'UMGR répond à plusieurs enjeux : éviter les hospitalisations inappropriées, limiter les passages aux urgences, améliorer la coordination entre les acteurs de santé et maintenir les patients dans leur lieu de vie.

Quels patients peuvent bénéficier de ce dispositif ?

Les patients de plus de 75 ans présentant une pathologie aiguë, pour lesquels un passage aux urgences aurait été envisagé. L'objectif est d'apporter une réponse adaptée tout en limitant les risques liés à l'hospitalisation classique.

En quoi les urgences sont-elles inadaptées à cette population ?

Les services d'urgences sont souvent surchargés et peu adaptés aux spécificités gériatriques. L'environnement, l'attente et la prise en charge non spécialisée favorisent le déclin fonctionnel rapide. Cela peut avoir des conséquences durables, notamment une perte d'autonomie parfois irréversible. On sait que le fait de passer une nuit

aux urgences est directement associé à un risque significativement plus élevé de décès intra-hospitalier. Une nuit passée sur un brancard aux urgences augmente de près de 40 % le risque de mortalité hospitalière qui passe ainsi de 11,1 % à 15,7 %. Cet effet délétère est confirmé sur le risque d'apparition de complications durant l'hospitalisation (infection nosocomiale, chute, saignement...).

Quel est le principe de l'UMGR ?

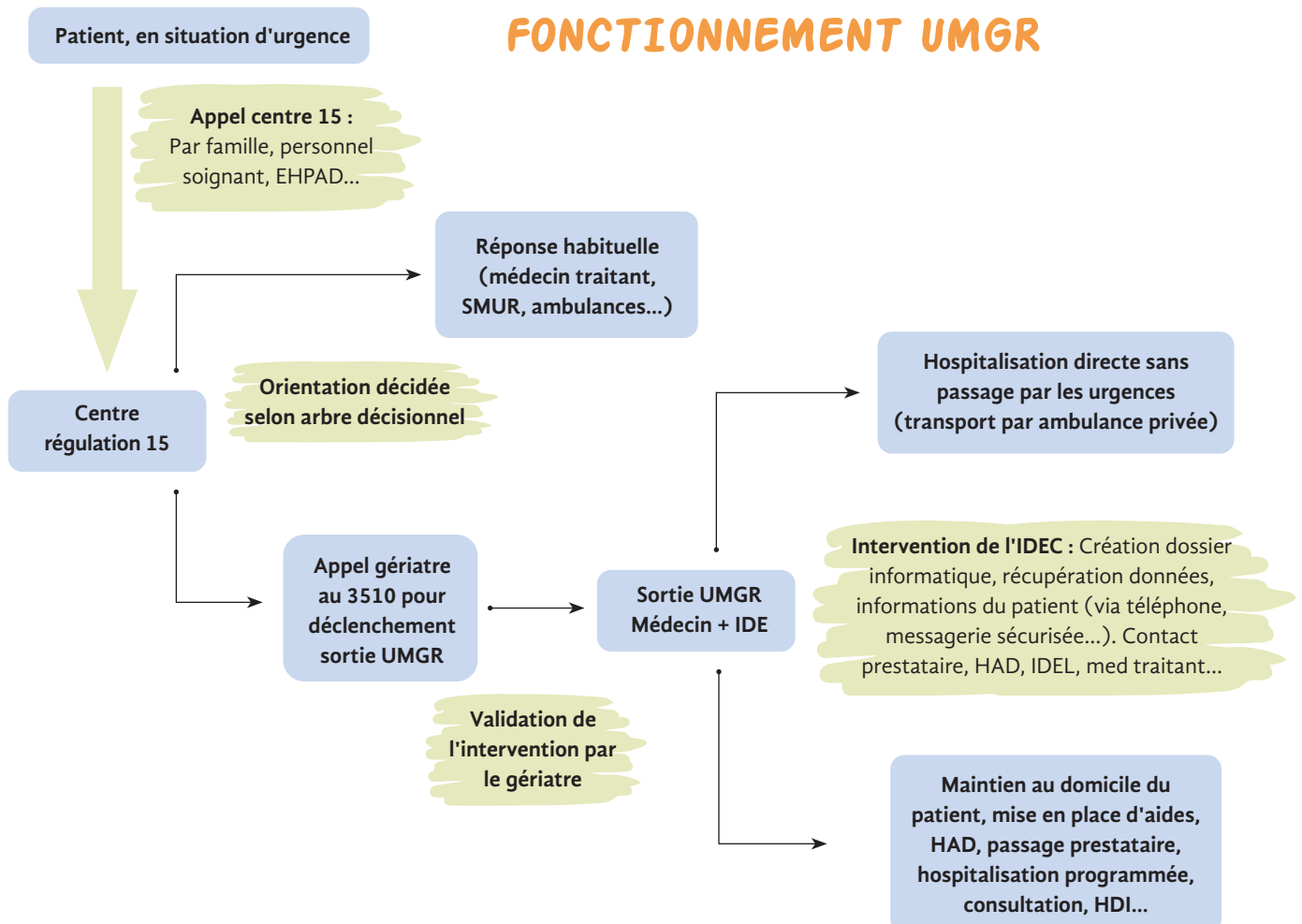
L'Unité Mobile Gériatrique Régulée (UMGR) est le fruit d'une collaboration rapprochée entre le SAMU 46 et le département de gériatrie. Elle n'a pas vocation à se substituer à l'activité du SMUR 46 ni à assurer la prise en charge des urgences vitales. La régulation des appels est réalisée comme tout appel au centre 15 par le médecin régulateur. L'idée est d'éviter le passage systématique aux urgences. Pour cela, on propose une intervention directe au domicile ou en EHPAD via une équipe mobile régulée par le Centre 15.



Comment fonctionne concrètement cette équipe mobile ?

Il s'agit d'une équipe composée de gériatres et d'infirmiers formés aux urgences gériatriques. Elle intervient rapidement après régulation par le Centre 15, avec un véhicule équipé permettant une prise en charge technique équivalente à celle de l'hôpital. Les critères d'intervention concernent les patients âgés de plus de 75 ans présentant une polypathologie. En revanche, cette équipe n'intervient pas dans les situations d'urgence vitale immédiate, ni auprès de patients nécessitant un transfert rapide vers un plateau technique, comme une coronarographie ou un bloc opératoire.

FONCTIONNEMENT UMGR



Quels types de situations sont concernés ?

L'UMGR intervient dans des situations variées : décompensation de pathologies chroniques, hyperthermie, décompensation cardiaque, syndrome confusionnel aigu, désaturation, rétention aiguë d'urine, malaise sans critère de gravité ou déficit neurologique... Ce sont souvent des tableaux complexes, multifactoriels.

Quels sont les bénéfices pour les patients ?

Une prise en charge personnalisée assurée par une équipe formée à la gériatrie, permettant de réduire les ruptures de parcours, de favoriser le maintien à domicile et de limiter le recours aux urgences.

Qui peut solliciter une intervention de l'UMGR ?

Plusieurs acteurs peuvent être à l'origine d'une demande : le patient lui-même, la famille, l'entourage du patient, les médecins traitants, les équipes d'EHPAD, les infirmières libérales, les aides ménagères...

À quoi ressemble une intervention type ?

À domicile ou en EHPAD, on prend le temps d'évaluer la situation dans sa globalité : état de santé, niveau d'autonomie, traitements en cours, environnement et présence d'aidants. Après un examen clinique, on réalise, si nécessaire, des gestes techniques tels que des prises de sang, des prélèvements microbiologiques, la pose d'une voie veineuse, l'administration de traitements, la surveillance par scope, l'oxygénothérapie ou encore la pose d'une sonde vésicale.



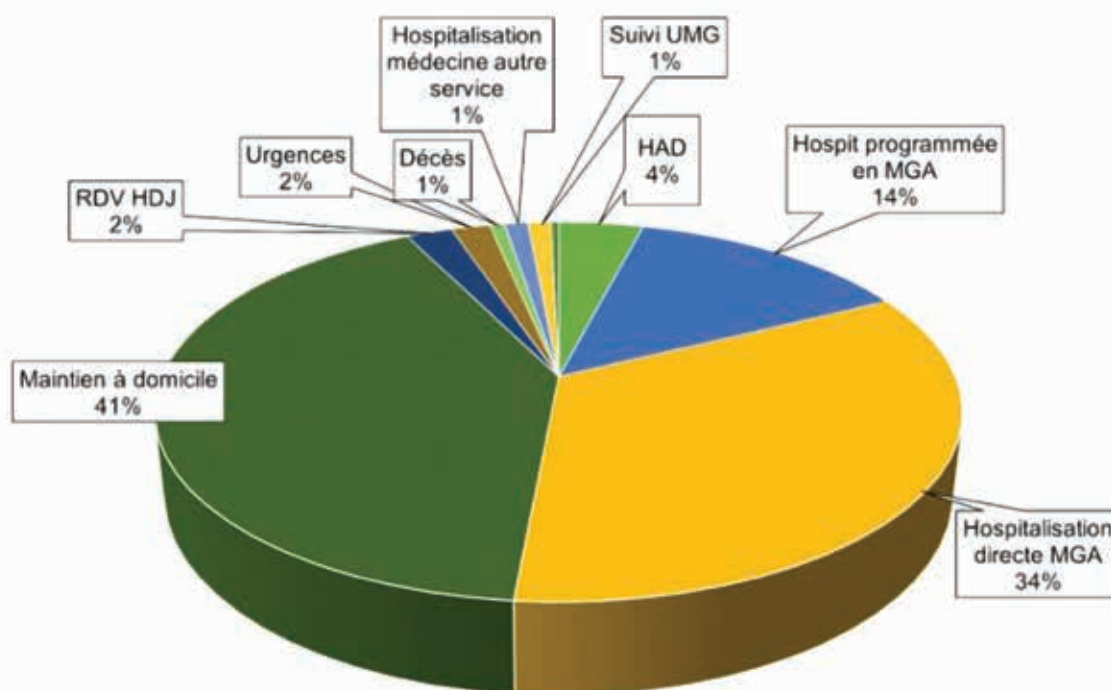
On propose ensuite des solutions concrètes, qu'il s'agisse d'adapter les traitements, de mettre en place des aides ou d'orienter le patient si la situation le nécessite.

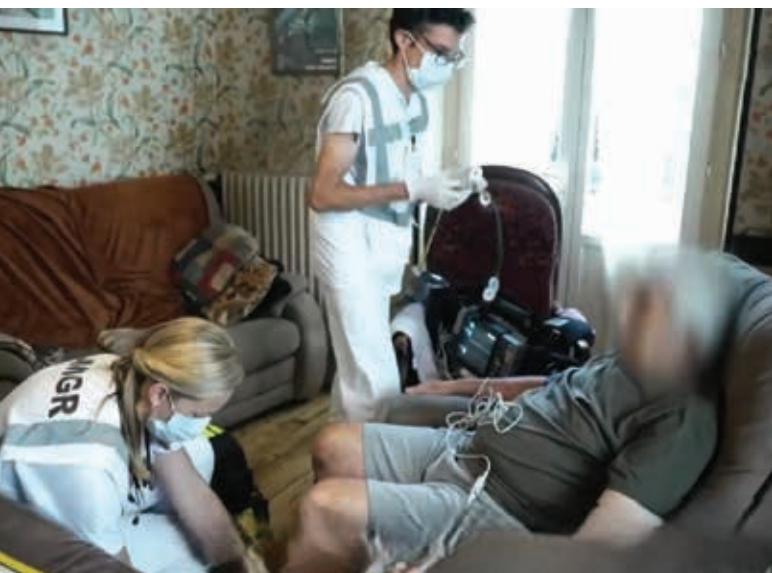
Les aidants ont-ils une place dans la prise en charge ?

Une place majeure. Souvent, ils sont en première ligne et parfois en difficulté. L'intervention est aussi l'occasion de les écouter, de les conseiller et de les orienter.

Peut-on réellement éviter des hospitalisations ?

Oui, dans un certain nombre de situations. On peut stabiliser à domicile, organiser un suivi renforcé ou mettre en place des aides rapidement. Mais il ne s'agit pas d'éviter l'hôpital à tout prix : plutôt d'y recourir quand c'est réellement nécessaire, sans passage par les urgences.





Peut-on parler d'une nouvelle façon de faire de la gériatrie ?

Oui, clairement. L'UMGR s'inscrit dans un virage : celui d'une médecine plus proactive, plus coordonnée, et tournée vers le lieu de vie. Un exemple de « aller vers ».

Quelle est la composition de l'équipe ?

Lors de l'intervention à domicile, l'équipe est composée d'un médecin gériatre et d'un infirmier. Les internes accompagnent également l'équipe. À l'hôpital, l'équipe restante inclut une infirmière coordinatrice et une secrétaire.



Quel est le devenir des patients suite à votre intervention ?

Dans la majorité des cas, les patients restent sur leur lieu de vie avec un suivi adapté. Si nécessaire, une hospitalisation peut être organisée de manière directe dans le service de gériatrie, en évitant le passage par les urgences.

Quels sont les résultats observés ?

Ils sont très encourageants : près de 48 % des patients peuvent être maintenus à domicile. Le recours aux urgences reste très faible, autour de 2 %, principalement pour des situations chirurgicales.

Quelles sont les perspectives ?

Développer des protocoles spécifiques, renforcer la communication, et élargir encore les plages d'intervention. L'objectif est de pérenniser et diffuser ce modèle, qui pourrait être reproduit ailleurs.

Le dispositif a-t-il évolué depuis sa mise en place ?

Oui, clairement. Le périmètre d'intervention a été élargi, avec une couverture territoriale plus importante et une ouverture le week-end, notamment en période épidémique. L'activité s'est aussi maintenue pendant les périodes de vacances scolaires où elle n'était pas assurée initialement.

Dr David DOMBROWSKI

*Chef du département de gériatrie
CH de Cahors*

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

RELECTURE : Dr Floriane BRILL

Admission Directe Non Programmée

les ADNP

Les ADNP de gériatrie sont destinées aux personnes âgées de plus de 75 ans afin d'améliorer la prise en charge globale, renforcer la coordination entre la ville et l'hôpital, permettre une prise en charge spécifique et personnalisée dès l'entrée du patient.

Profil

- Une ADNP peut être organisée dans les 72h.
- Tous les patients ne relevant pas d'une urgence.
- Critères d'exclusions :
 - Les symptômes neurologiques (AVC, Confusion, Epilepsie...)
 - Les douleurs thoraciques
 - Dyspnée aiguë
 - Hémoptysie
 - Syndrome abdominal aigu
 - Hématémèse / Méléna
 - Maintien à domicile difficile



Sollicitations

Par qui ?

- Les médecins traitants ou spécialistes
- Les médecins coordonnateurs des EHPAD
- Le médecin régulateur du SAMU
- Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)

Comment ?

- Par téléphone ou mail à l'Equipe Parcours Santé de la Personne Agée (EPSPA)
- Sur le site Viatrajectoire



L'infirmière d'ADNP

Missions

- Recueillir toutes les informations concernant le patient
- **La demande est soumise à validation médicale.**
- Transmettre la demande au médecin référent du Court Séjour Gériatrique.
- Organiser et planifier l'entrée, après validation médicale, en fonction des places disponibles.



Le jour de l'admission

L'infirmière d'ADNP en binôme avec une aide soignante du service :

- accueille le patient
- conduit un entretien d'accueil
- fait les premiers soins
- fait les transmissions écrites et orales aux équipes



Virginie CARTEGNIE

Infirmière au Dispositif d'Expertise Gériatrique du CH de Montauban

RETOUR SUR LES 21^{ÈMES} JOURNÉES NATIONALES DE LA SOFOG DU 15 AU 17 DÉCEMBRE 2025

Le congrès a débuté par une session sur le cancer colorectal métastatique : un point a été réalisé sur la prise en charge multimodale locale des patients métastatiques au niveau hépatique et/ou pulmonaire et/ou péritonéal. Nous avons vu que la fragilité augmente l'impact des complications. Un patient présentant une transfusion et/ou une infection post-opératoire perd nettement en survie d'où la nécessité d'une chirurgie en RO sans complications post-opératoires lorsque cela est possible. Il est également rappelé la possibilité de réaliser des techniques type radiofréquence ou radiothérapie stéréotaxique avec d'excellents résultats sur les métastases hépatiques et pulmonaires. La radiothérapie peut apporter un effet antalgique au niveau des métastases hépatiques. Pour les métastases péritonéales, la chirurgie reste le meilleur traitement lorsqu'elle est réalisable. Dans le contexte métastatique, les intervenants insistent sur l'intérêt de la biologie moléculaire afin de pouvoir proposer le traitement le plus adapté concernant la chimiothérapie mais également la thérapie ciblée. Enfin, il nous est rappelé que l'immunothérapie en bithérapie est plus efficace que l'immunothérapie en monothérapie avec des taux d'effets secondaires plus importants en bithérapie mais ne variant pas selon l'âge.

Nous avons ensuite abordé la question de l'organisation territoriale. C'est la pierre angulaire de la prise en charge des patients afin de répondre au mieux à leurs besoins tant en hospitalier qu'en ville grâce à divers niveaux d'organisation permettant notamment la mutualisation des ressources et la coordination des structures de soins. Un point est réalisé concernant l'importance des DAC dans différents types de parcours gériatriques en Hauts-de-France notamment.

Concernant l'anticoagulation chez les patients atteints de cancer, il est à propos d'utiliser le score Khoranna, le plus fiable pour le sujet âgé. Si ce score est supérieur ou égal à 2, il existe un haut risque de MTEV, induisant donc la nécessité de mettre en place une anticoagulation préventive pour limiter le risque de MTEV. Cela peut également s'appliquer lorsqu'une patiente est traitée par inhibiteur de CDK4/6. En cas de maladie non réséquée, on préférera une HBPM/HNF/AVK mais dans le cas contraire, on peut utiliser le Rivaroxaban ou l'Apixaban.



Nous avons ensuite abordé brièvement les neutropénies fébriles, rappelant qu'une prophylaxie primaire par G-CSF est nécessaire dès lors qu'il existe un risque > 20 % s'il existe un risque augmenté.

La journée s'est poursuivie tout d'abord avec une session sur les cancers œsogastriques, rappelant tout d'abord l'intérêt majeur à réaliser une préhabilitation, notamment pour atténuer de façon multidisciplinaire les risques de complications gériatriques. Une posthabilitation péri-opératoire consiste en la gestion de la masse sanguine, de la douleur et la réalisation de charges glucidiques pour optimiser la récupération rapide en post-opératoire. Concernant les traitements péri-opératoires, sont proposés des protocoles de chimiothérapie +/- immunothérapie. Une désescalade doit s'envisager dès que le patient est fragile. Pour les patients métastatiques avec un cancer de l'œsophage, la recherche de marqueurs moléculaires est de rigueur pour adapter au mieux le traitement selon la fragilité et les comorbidités du patient.

Nous avons ensuite abordé les anticorps bi-conjugués, en précisant qu'ils avaient certes un taux plus élevé d'effets indésirables graves mais que ces toxicités restaient relativement simples à gérer. Des recherches sont en cours autour de l'équilibre entre efficacité et tolérance chez les sujets âgés.

Pour finir, la session paramédicale a tout d'abord permis de faire un point sur les radiodermatites périnéales, en insistant sur le fait de préparer la peau en amont avec une bonne hydratation et la prévention de la macération. Nous avons ensuite réalisé un focus sur les stomies, rappelant ainsi l'importance d'accompagner le patient et ses proches dans l'acceptation de ces dispositifs pour per-

mettre une meilleure adhésion aux soins et limiter l'impact fonctionnel, psychologique et social que cela peut entraîner. À noter qu'un débit d'iléostomie > 1L/24h nécessite une majoration des apports hydriques en perfusion IV ou eau de Vichy per os et éventuellement la mise en place d'un traitement par SMECTA ou IMODIUM. Pour terminer cette session, nous avons abordé la prise en charge du syndrome main-pied où il a été précisé la nécessité d'éliminer les facteurs aggravants puis de réaliser une prévention et éventuellement d'introduire un émollient adapté à ce syndrome.

La seconde journée a débuté par une session « pancréas et voies biliaires » rappelant tout d'abord la lourdeur d'une duodéno-pancréatectomie céphalique et le risque non négligeable de fistule pancréatique comme complication secondaire. La radiothérapie stéréotaxique permet un bon contrôle local avec une bonne tolérance. La chimiothérapie néoadjuvante est à éviter au profit d'une chirurgie d'emblée chez le sujet âgé fragile, avec possibilité en adjuvant d'utiliser plutôt du GEMZAR ou du 5FU, en préférant une monothérapie avant une escalade thérapeutique éventuelle. Concernant les thérapies ciblées pour les cancers biliaires, on retiendra que les seuls traitements disponibles sont ceux ciblant la mutation IDH1 (Ivosidenib, bien supporté dans l'ensemble) et/ou ceux ciblant les mutations FGFR (Pemigatinib et Futibatinib). Enfin, les soins de support ont également été abordés et s'intéressent notamment à la prise en charge de l'anxiété et la dépression, mais aussi des douleurs réfractaires, de l'ictère, de la dénutrition, de la sarcopénie, de la RAAC et de la prévention des MTEV.

S'en est suivi une session sur l'adaptation de la prise en charge du patient avec un cancer de la prostate, rappelant que l'objectif chez nos sujets âgés est avant tout de conserver une qualité de vie tout en optimisant les traitements. L'hormonothérapie peut être utilisée tout au long de la prise en charge. Cela confirme la nécessité d'une évaluation oncogériatrique rigoureuse pour anticiper les complications liées à l'ostéoporose induite, à la sarcopénie, au diabète, aux facteurs de risque cardiovasculaires, la dépression et aux interactions médicamenteuses. Un focus a été réalisé concernant l'impact de l'hormonothérapie sur les troubles neurocognitifs. On note un impact moindre du Darolutamide. Il est conseillé de proposer systématiquement un suivi spécialisé associé à une prise en charge en activité physique adaptée (APA) couplée à des interventions cognitives de type entraînement cognitif et psychoéducation.

Un rapide point a été réalisé sur la radiothérapie interne vectorisée (RIV) qui dispose d'un intérêt diagnostic et thérapeutique, notamment dans le cancer de la prostate métastatique résistant à la castration. On peut l'utiliser aussi sur les patients avec une tumeur neuroendocrine.

Concernant les cancers digestifs présentant une mutation BRAF V600E, il existe un intérêt à donner en première ligne l'association encorafenib + cetuximab (peu de toxicités, principalement une anémie, une neutropénie et une asthénie) avec possibilité d'ouvrir la gélule chez les patients avec des troubles de la déglutition.

Le reste de la journée a permis d'aborder des retours d'expériences, d'une part sur l'APA qui réduit la mortalité, d'autant plus lorsqu'on en augmente l'intensité. D'autre part un retour sur la réhabilitation en SMR qui permet une prise en soins adaptée à toute les phases de la prise en charge oncogériatrique dans un souci de réaliser les traitements adaptés aux besoins du patient par une équipe formée et multidisciplinaire, capable également de gérer les complications du cancer mais aussi des traitements antinéoplasiques.

Nous avons ensuite abordé l'intérêt de l'ADN circulant, qui présente un intérêt tant diagnostique que pronostique à toutes les phases du cancer, sa quantité élevée étant corrélée en post-traitement à un risque de récurrence majeur alors qu'une faible quantité permet d'envisager une désescalade thérapeutique.

S'en est suivi une session sur la vaccination de nos sujets âgés, où il ressort l'importance qu'a chaque médecin de convaincre son patient de se faire vacciner, en s'alliant sur une collaboration étroite entre ville et hôpital, avec un soutien précieux de la part des pharmaciens. Chaque dose d'un vaccin compte, permettant ainsi de reprendre un schéma vaccinal où il s'est arrêté, avec la possibilité de réaliser plusieurs vaccins en même temps.

Enfin, la dernière session sur le cancer rectal non métastatique a permis de faire la lumière sur des prises en charges permettant de préserver autant que possible les organes, notamment grâce à la radiothérapie. Cette préservation peut se faire grâce à une chirurgie raisonnée où l'on préfère une surveillance post-radiochimiothérapie (watch and wait) avec possibilité de chirurgie de rattrapage ou une chirurgie seulement de la cicatrice post-radiochimiothérapie.

D^r Ludovic ROBBE
Praticien hospitalier au CH d'Angoulême, service de Gériatrie
POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES



LES ANTIBIOTIQUES, C'EST PAS AUTOMATIQUE

« Les antibiotiques, c'est pas automatique ».

Nous connaissons tous cet adage. Néanmoins, en gériatrie, il est souvent difficile de s'en passer, notamment en situation d'urgence et/ou en cas de défaillance d'organe associée à une suspicion d'infection. Et ce, pour plusieurs raisons :

- *Les personnes âgées sont plus susceptibles aux infections et en présentent des formes plus graves (immunosénescence, vie en collectivité, dispositifs invasifs, etc.).*
- *La mortalité liée aux infections est associée au délai entre : le début des symptômes et l'instauration du traitement.*
- *Les tableaux cliniques sont souvent atypiques (notamment la confusion), rendant la suspicion de sepsis fréquente. Une prise en charge rapide est nécessaire (idéalement dans les 3 heures), avec une antibiothérapie probabiliste à large spectre et un remplissage vasculaire.*



POSITIONNEMENT

L'antibiothérapie probabiliste en urgence est donc centrale dans la prise en charge gériatrique.

Deux approches sont possibles pour guider rapidement le choix :

1. Apprendre des schémas standards par point d'appel. Cette approche est simple mais expose à des difficultés en cas d'allergies, de contre-indications ou de situations particulières.
2. Maîtriser les antibiotiques, leurs mécanismes de résistance, l'écologie locale et les caractéristiques du patient. Cette stratégie est plus pertinente mais nécessite une expertise et une mise à jour régulière des connaissances.

Cette fiche n'a pas vocation à faire de vous un expert en infectiologie, mais à vous donner quelques repères pratiques pour les situations d'urgence, en l'absence d'un avis spécialisé. Elle ne remplace ni le raisonnement clinique ni la démarche diagnostique.

QUAND PEUT-ON DIFFÉRER OU ÉVITER UNE ANTIBIOTHÉRAPIE ?

Certaines situations fréquentes en gériatrie permettent de différer, voire d'éviter, une antibiothérapie :

- **Pneumonie chimique** : tableau associant fièvre et désaturation transitoire après une macro-inhalation, lié à une inflammation stérile.
- **Pneumonie avec PCR virale positive** : les co-infections bactériennes sont rares.
- **Signes urinaires isolés sans fièvre** : chez la femme comme chez l'homme, il est recommandé d'attendre les résultats de l'ECBU. L'évolution vers une pyélonéphrite est rare.
- **Hyperthermie sans point d'appel évident ni signe de gravité (absence de défaillance d'organe)** : privilégier la documentation microbiologique avant traitement.
- **Infections ostéo-articulaires ou sur matériel (hors urgence vitale)** : documenter avant d'instaurer une antibiothérapie.

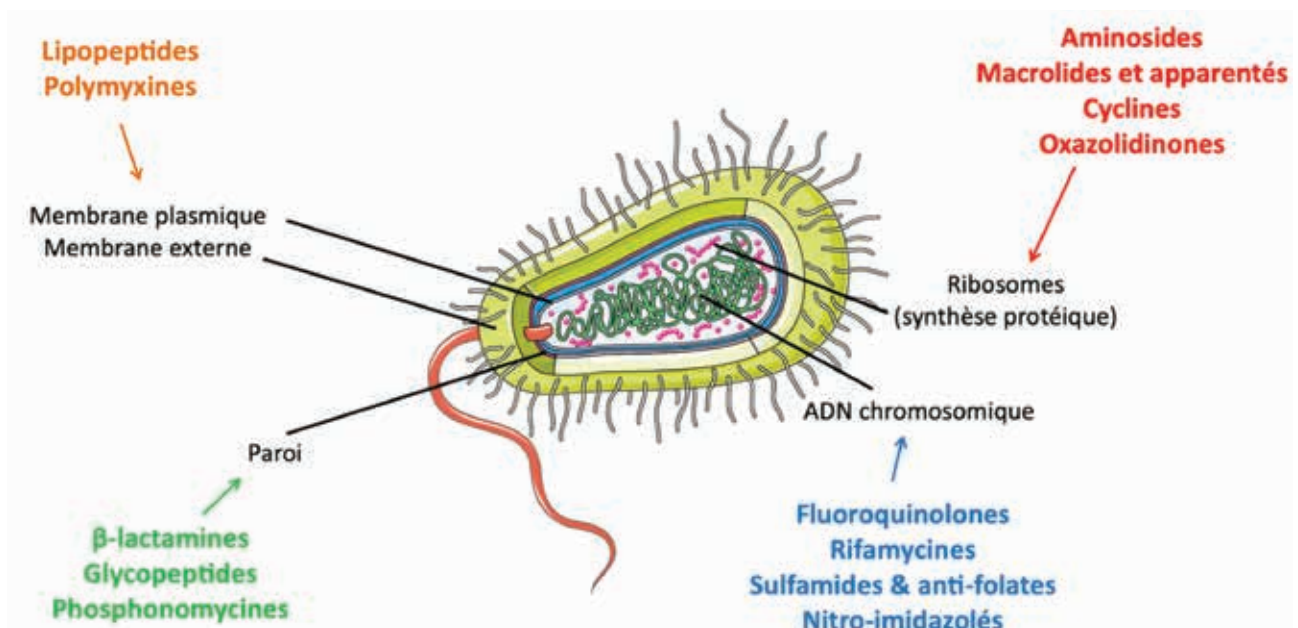
PHARMACOCINÉTIQUE : LES POINTS CLÉS

- La première dose ne doit généralement pas être réduite, même en cas d'insuffisance rénale ou hépatique. Les adaptations concernent les doses suivantes ou les intervalles d'administration.
- En cas de signes de gravité, privilégier une administration IV pour les β -lactamines.
- Les β -lactamines sont des molécules hydrophiles :
 - Volume de distribution augmenté en cas d'œdèmes.
 - Élimination facilitée par la dialyse.
 - Instabilité en solution aqueuse (durée limitée après dilution).
 - Les effets indésirables communs neurologiques (confusion, convulsions) sont à connaître, en particulier chez le sujet âgé.

PHARMACODYNAMIE : CE QU'IL FAUT RETENIR

- Les β -lactamines sont temps-dépendantes (efficacité liée au temps au-dessus de la CMI).
- Les aminosides sont concentration-dépendants (efficacité liée au pic de concentration).
- Les autres classes ont des profils intermédiaires (dépendants de l'AUC).
- Les principaux mécanismes de résistance :
 - **Gram négatif** : imperméabilité, efflux, hydrolyse (β -lactamases, BLSE).
 - **Gram positif** : modification de la cible (ex : SARM).

L'association de deux antibiotiques peut être utile dans les infections graves et requiert souvent l'adjonction de 2 cibles différentes.

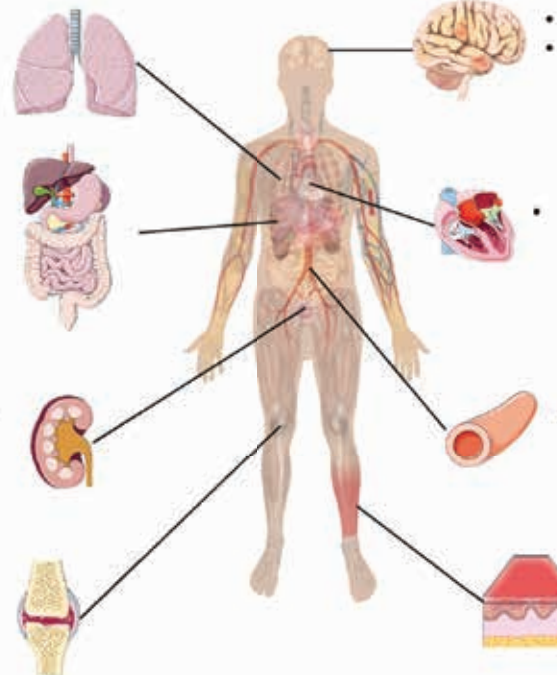


FICHES RÉCAPITULATIVES PAR CLASSES D'ANTIBIOTIQUES ET PAR POINT D'APPEL

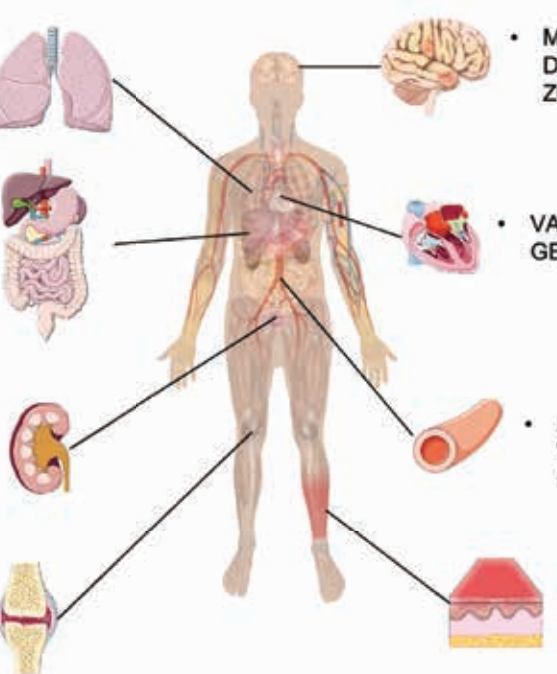
PRINCIPALES FAMILLES D'ANTIBIOTIQUES ET SPECTRE RÉSUMÉ

FAMILLE	MOLÉCULES	SPECTRE
Pénicillines	BENZATHINE-BENZYL PÉNICILLINE (G), PHÉNOXYMETHYL PÉNICILLINE (V), AMOXICILLINE, AMPICILLINE (A), OXACILLINE, CLOXACILLINE (M)	- G, V, A : streptocoques, méningocoque, Treponema pallidum - M : SAMS
Céphalosporines	CÉFAZOLINE, CÉFALEXINE (C1G), CÉFUROXIME (C2G), CÉFOXITINE (≈ C2G), CÉFOTAXIME, CEFTRIAXONE, CEFTAZIDIME (C3G), CÉFÉPIME (C4G), CEFTOBIPROLE, CEFTAROLINE (C5G)	- C1G : très anti-Gram +, peu anti-Gram - - C3G : très anti-Gram -, peu anti-Gram + - CEFTAZIDIME, CÉFÉPIME : Pseudomonas aeruginosa - C5G : SARM
Monobactames	AZTRÉONAM	Gram - y compris Pseudomonas aeruginosa
Carbapénèmes	MÉROPÉNÈME, IMIPÉNÈME, ERTAPÉNÈME	Large (Gram +, Gram -, Pseudomonas aeruginosa, anaérobies)
Inhibiteurs de β-lactamases	ACIDE CLAVULANIQUE, TAZOBACTAM, AVIBACTAM, SULBACTAM	Germes producteurs de β-lactamases
Macrolides Lincosamides Streptogramines	AZITHROMYCINE, CLARITHROMYCINE, SPIRAMYCINE CLINDAMYCINE, PRISTINAMYCINE	Intracellulaires, Gram +, Toxoplasma (CLINDAMYCINE)
Aminosides	AMIKACINE, GENTAMICINE, TOBRAMYCINE	Large (Gram +, Gram -)
Cyclines	TÉTRACYCLINE, DOXYCYCLINE, MINOCYCLINE, TIGÉCYCLINE	Intracellulaires, Gram +, Plasmodium
Fluoroquinolones	OFLOXACINE, CIPROFLOXACINE, LÉVOFLOXACINE, MOXIFLOXACINE	Large (Gram +, Gram -, intracellulaires)
Rifamycines	RIFAMPICINE, RIFABUTINE	Gram +, mycobactéries
Sulfamides	COTRIMOXAZOLE (= SULFAMÉTHOXAZOLE + TRIMÉTHOPRIME)	Entérobactéries, staphylocoques, Pneumocystis
Nitro-imidazolés	MÉTRONIDAZOLE	Anaérobies, Entamoeba, Trichomonas
Glycopeptides	VANCOMYCINE, TEICoplanine, DALBAVANCINE	Gram + dont SARM
Lipopeptides	DAPTOMYCINE	Gram + dont SARM
Oxazolidinones	LINÉZOLIDE, Tédizolide	Gram + dont SARM

PROPOSITION D'ANTIBIOTHÉRAPIES PROBABILISTES EN CONTEXTE COMMUNAUTAIRE



- Non grave : AMOXICILLINE, macrolide, PRISTINAMYCINE
- Grave : C3G + SPIRAMYCINE ± AMIKACINE
- Ambulatoire : AMOXICILLINE – CLAVULANATE
- Hospitalisation : C3G + MÉTRONIDAZOLE
- Ambulatoire : fluoroquinolones, COTRIMOXAZOLE
- Hospitalisation : C3G ± AMIKACINE
- IV : CÉFAZOLINE, CLOXACILLINE
- PO (documentée) : fluoroquinolones, RIFAMPICINE, CLINDAMYCINE
- Méningite : C3G (+ DXM)
- Méningo-encéphalite : AMOXICILLINE + C3G + ACICLOVIR
- AMOXICILLINE + CLOXACILLINE/CÉFAZOLINE + GENTAMICINE
- MÉROPÉNÈME + DAPTOMYCINE
- AMOXICILLINE (± CLAVULANATE)
- CLINDAMYCINE

PROPOSITION D'ANTIBIOTHÉRAPIE EN CONTEXTE NOSOCOMIAL
(+PSEUDOMONAS AERUGINOSA, +BLSE, +ENTÉROCOQUE, +SARM)


- Non grave : PIPÉ-TAZO ± LINÉZOLIDE
- Grave : PIPÉ-TAZO + LINÉZOLIDE ± SPIRAMYCINE ± AMIKACINE
- Non grave : PIPÉ-TAZO
- Grave : PIPÉ-TAZO + VANCOMYCINE/DAPTOMYCINE ± CASPOFUNGINE ± AMIKACINE
- Non grave : PIPÉ-TAZO
- Grave/geste urologique : PIPÉ-TAZO/MÉROPÉNÈME ± AMIKACINE
- IV : PIPÉ-TAZO/CÉFÉPIME + VANCOMYCINE/DAPTOMYCINE
- PO (documentée) : fluoroquinolones, RIFAMPICINE, CLINDAMYCINE
- MÉROPÉNÈME + DAPTOMYCINE/VANCOMYCINE/LINÉZOLIDE
- VANCOMYCINE/DAPTOMYCINE + GENTAMICINE ± RIFAMPICINE
- PIPÉ-TAZO/CÉFÉPIME + VANCOMYCINE/DAPTOMYCINE
- PIPÉ-TAZO + CLINDAMYCINE + AMIKACINE ± MÉTRONIDAZOLE

D^r Jérémie HUET
Géiatre, CHU de Nantes
Avec l'aide du service d'infectiologie du CHU de Nantes
POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

NÎMES ACCUEILLE LES JAJG 2026 : NE MANQUEZ PAS L'ÉVÉNEMENT

Les JAJG 2026 ont eu lieu à Nîmes les 04 et 05 Juin 2026 ! Vous trouverez le retour de congrès dans la prochaine Gazette du Jeune Gériatre.

La prochaine édition des Journées Annuelles des Jeunes Gériatries aura lieu à Angers en 2027 !



AGENDA DE L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES POUR L'ANNÉE À VENIR

L'Association des Jeunes Gériatres poursuit son engagement pour faire vivre et rayonner la gériatrie auprès des jeunes professionnels. Retrouvez-nous lors des prochains rendez-vous incontournables, moments privilégiés d'échanges, de formation et de rencontres.

- JASFGG en novembre 2026
- SOFOG en décembre 2026
- Monaco Age Oncology : début 2027
- JAJG au printemps 2027 !!

Nous serons ravis d'échanger avec vous sur place !

RENOUVELEZ 2026 AVEC UN CLIC : 30€ POUR CONTINUER L'AVENTURE !

L'association dispose d'un nouveau système d'adhésion : votre cotisation est désormais valable 1 an à partir de sa date de renouvellement en 2026.

Attention : les adhésions réalisées en 2025 ne sont plus actives.

Pourquoi adhérer à l'AJG ?

- Accès gratuit aux replays des webinaires de l'Association des Jeunes Gériatres depuis votre espace adhérent.
- Un tarif préférentiel de 30€ (au lieu de 70 euros) pour les Journées Annuelles des Jeunes Gériatres.
- La réception à titre individuel de la Gazette du Jeune Gériatre.
- Un accès illimité au contenu web de la revue Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement (via votre espace adhérent).
- L'accès aux bibliographies mensuelles.
- Des tarifs préférentiels à l'adhésions et aux congrès organisés par les sociétés partenaires (SF3PA, CJN, SFGG).
- Un tarif préférentiel pour l'abonnement à la revue de gériatrie (99€ au lieu de 180€ par an).
- L'inscription au mailing de diffusion de l'AJG permettant l'accès aux informations partagées (newsletter).

Mais surtout : soutenir et faire partie de l'association qui veut faire décoller la gériatrie !

Toutes les informations sont disponibles sur notre site : [HTTPS://WWW.ASSOJEUNESGERIATRES.FR/](https://www.assojeunesgeriatries.fr/)



ENVIE DE VOUS ENGAGER ? REJOIGNEZ LE CA DE L'AJG !

Vous êtes membre actif (gériatre < 40 ans avec RPPS) ? Que diriez-vous de rejoindre l'association dans le conseil d'administration ?

L'Association des Jeunes Gériatres est une famille qui vit et se développe grâce à l'engagement de ses membres.

Communication, projets scientifiques, logistique, formations : toute aide est bienvenue !

Pour en discuter, écrivez-nous à : JEUNESGERIATRES@GMAIL.COM

Nous serions ravis d'échanger avec vous.



Association
des Jeunes
Gériatres



SEPSIS CHEZ LE SUJET ÂGÉ : UNE ENTITÉ FRÉQUENTE, ATYPIQUE ET REDOUTABLE

DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE

Le sepsis correspond à une dysfonction d'organes potentiellement mortelle liée à une réponse inadaptée de l'hôte face à une infection. Dans le contexte du sepsis et d'autant plus quand il évolue en état de choc, l'organisme est soumis à une agression systémique intense associant inflammation, stress oxydatif, dysfonction mitochondriale et perturbation du métabolisme énergétique (Lelubre & Vincent, 2018).

À l'échelle cellulaire, cette agression se traduit par une activation des voies de stress, une production altérée d'ATP et un recours accru à une glycolyse compensatoire, dans un contexte d'activation inflammatoire diffuse (Kuroshima et al., 2024).

La définition du sepsis a évolué au fil des décennies d'une approche initialement centrée sur le SIRS en 1992, utile pour la recherche, à une définition plus récente (Sepsis-3) centrée sur la dysfonction d'organe via le score SOFA, avec une visée davantage pronostique (Singer et al., 2016).

Sur le plan épidémiologique, le sepsis demeure un enjeu majeur de santé publique. On estime à près de 49 millions le nombre de cas annuels dans le monde, responsables d'environ 11 millions de décès, soit près d'un décès sur cinq (GBD 2021 Global Sepsis Collaborators, 2025;

Reinhart et al., 2017). Cette incidence, déjà élevée, semble encore progresser depuis la pandémie de COVID-19 (Al Rahmoun et al., 2025). Fait marquant : la distribution du sepsis est bimodale, touchant préférentiellement les jeunes enfants et les personnes âgées. Dans un contexte de vieillissement démographique, cette dernière population représente un enjeu croissant. Cette vulnérabilité accrue repose sur un double mécanisme : une susceptibilité majorée aux infections et une réponse inflammatoire souvent excessive et mal régulée, en lien avec l'inflammaging (T. A. Rowe & McKoy, 2017).

Les données américaines illustrent bien cette dynamique : entre 2000 et 2008, les hospitalisations pour sepsis ont plus que doublé, une augmentation particulièrement marquée chez les plus de 65 ans (Kumar et al., 2011). L'âge moyen était d'ailleurs de 69 ans dans cette cohorte. En parallèle, la durée moyenne de séjour a diminué mais le taux de transfert vers des services de réhabilitation à la sortie a augmenté. Aujourd'hui, le sepsis constitue la première cause d'admission en réanimation dans cette tranche d'âge. Dans une cohorte prospective d'une population âgée de 75 ans en moyenne, 64 % des patients admis en réanimation remplissaient les critères de sepsis (T. Rowe et al., 2016).

UN DIAGNOSTIC SOUVENT DÉROUTANT

Chez le sujet âgé, le sepsis est rarement « typique ». Bien au contraire, il se dissimule souvent derrière des tableaux cliniques frustes ou atypiques.

La fièvre, signe cardinal de l'infection, est absente dans près d'un tiers des cas. Certaines études montrent même que la moitié des patients âgés bactériémiques ne présentent pas d'hyperthermie significative (i.e température > 38°C) (Dhawan, 2002).

À l'inverse, les symptômes d'emprunt gériatriques comme la chute, la confusion, ou l'altération de l'état général, sont fréquemment au premier plan. Ces manifestations, non spécifiques, peuvent retarder le diagnostic et la prise en charge.

Les signes localisateurs font également souvent défaut, qu'il s'agisse d'une toux dans une pneumonie ou d'une défense abdominale en cas d'infection intra-abdominale. À cela s'ajoute la présence de comorbidités pouvant brouiller le tableau, notamment dans les infections urinaires (prolapsus, hypertrophie bénigne de prostate, etc.).

Même les outils diagnostiques présentent des limites : les lactates peuvent être influencés par des facteurs

non infectieux (déshydratation, anémie), et les prélèvements microbiologiques sont parfois difficiles à réaliser dans de bonnes conditions, notamment en cas de troubles cognitifs (Alhamyani et al., 2024).

Dans ce contexte, une vigilance accrue est indispensable. Le dosage précoce des lactates reste un élément clé, notamment parce que l'évolution vers le choc septique peut être rapide et silencieuse (Opal et al., 2005). Le diagnostic de sepsis devrait donc se baser sur des seuils plus bas et une plus grande attention devrait être portée aux suspicions de sepsis chez les personnes âgées.

Enfin, les retards diagnostiques ont des conséquences concrètes. Une étude norvégienne a montré qu'aux urgences, le délai d'administration des antibiotiques augmentait de 60 minutes en l'absence d'évaluation médicale initiale, et de 40 minutes supplémentaires si les lactates n'étaient pas dosés dans la première heure (Husabø et al., 2020). Or, ce délais d'antibiothérapie est bien connu comme étant associé à une surmortalité (Evans et al., 2021).

UNE PRISE EN CHARGE URGENTE ET COMPLEXE

Malgré ces spécificités, la prise en charge du sepsis chez le sujet âgé repose sur les mêmes principes que chez l'adulte plus jeune, tels que définis par la « Surviving Sepsis Campaign » (Evans et al., 2021).

L'urgence thérapeutique reste absolue : antibiothérapie probabiliste à large spectre dans l'heure, remplissage vasculaire précoce par cristalloïdes (30 mL/kg en 3 heures), et maintien d'une pression artérielle moyenne d'au moins 65 mmHg, ou plus chez certains patients hypertendus (Kato & Pinsky, 2015).

Cependant, la réalité clinique impose des ajustements. Le risque de surcharge hydrosodée est plus élevé, nécessitant une évaluation fine de la réponse au remplissage. Les

résistances bactériennes sont plus fréquentes, et les infections urinaires ou abdominales, souvent à *Escherichia coli*, prédominent (Roubaud Baudron et al., 2014).

La mortalité demeure plus importante dans cette population, en partie liée à ces résistances et aux comorbidités associées (Chen et al., 2022; McClelland et al., 1999).

Enfin, certaines stratégies, comme la ventilation non invasive, peuvent être privilégiées, en raison d'une bonne efficacité à âges élevés et une tolérance souvent moindre à la ventilation invasive chez les patients âgés (Neto et al., 2019).

FRAGILITÉ ET SEPSIS : UNE RELATION BIDIRECTIONNELLE

Le sepsis chez la personne âgée constitue une situation physiopathologique très particulière et présente de nombreux facteurs de risques spécifiques comme la sarcopénie ou la dénutrition (Ibarz et al., 2024). Le vieillissement s'accompagne également d'altérations progressives des mécanismes de maintien de l'homéostasie cellulaire, incluant une dysfonction mitochondriale (Huang & Hood, 2009), une altération des voies de survie cellulaire et l'installation d'une inflammation

chronique de bas grade, communément désignée sous le terme d'inflammaging (Lu et al., 2022). Ces modifications pourraient affecter la capacité des cellules âgées à mobiliser efficacement des mécanismes adaptatifs lors d'un stress inflammatoire aigu. Il y a donc une intrication entre la fragilité dans son ensemble (syndromes gériatriques associés, biomarqueurs biologiques) et le risque de sepsis.

DES CONSÉQUENCES LOURDES À MOYEN ET LONG TERME

Le sepsis lui-même est un accélérateur de fragilité. Il favorise la perte d'autonomie, la dégradation fonctionnelle et l'entrée dans la dépendance. Il s'installe ainsi un véritable cercle vicieux, dans lequel fragilité et sepsis s'auto-entretiennent (Dong et al., 2023). Au-delà de la phase aiguë, le sepsis chez la personne âgée s'inscrit fréquemment dans une trajectoire de déclin prolongé. La survie ne marque pas un retour à l'état antérieur. Si certains patients retrouvent leur niveau antérieur, une proportion importante nécessite une institutionnalisation ou une aide à domicile accrue après l'hospitalisation.

Sur le plan fonctionnel, de nombreux patients présentent une perte d'autonomie significative dans les mois suivant l'épisode. La sarcopénie est aggravée par l'alitement, l'inflammation systémique, le dysfonction mitochondriale et l'hypercatabolisme induits par le sepsis. Celui-ci entraîne une perte de masse musculaire squelettique de 10 à 20 % en une semaine. Il en résulte une diminution durable de la force musculaire et des performances physiques (Wu et al., 2025).

À cela s'ajoute une atteinte cognitive fréquente. Le sepsis est désormais reconnu comme un facteur de risque majeur de troubles cognitifs à long terme, allant du déclin cognitif léger jusqu'à des tableaux de démence (Iwashyna et al., 2010). Les mécanismes en cause sont multiples : neuro-inflammation, altération de la barrière hémato-encéphalique, hypoperfusion cérébrale ou encore épisodes confusionnels en phase aiguë, eux-mêmes fortement associés à un mauvais pronostic cognitif (Sekino et al., 2022).

Ces différentes dimensions s'intègrent dans ce que l'on décrit comme le « post-sepsis syndrome », caractérisé par une altération persistante de la qualité de vie, une fatigue chronique, une fragilité accrue et un risque élevé de ré-hospitalisation (Gorecki et al., 2025).



CONCLUSION

Le sepsis chez le sujet âgé constitue une entité à la fois fréquente, grave et souvent trompeuse, dont le pronostic dépend étroitement de la précocité du diagnostic et du traitement. Dans un contexte de vieillissement de la population, il constitue un enjeu majeur pour la gériatrie moderne. Sa prise en charge ne peut se limiter à l'application des recommandations de l'adulte jeune : elle doit intégrer la fragilité, les comorbidités et les objectifs de soins. Au-delà de l'épisode aigu, le sepsis représente souvent un tournant pour le patient, marqué par un risque de perte d'autonomie. Cette réalité impose d'élargir les objectifs de prise en charge à la qualité de vie et à la récupération fonctionnelle. La phase post-aigue doit ainsi être pleinement intégrée, avec une rééducation précoce et multidisciplinaire, et une anticipation des besoins en soins de suite chez les patients les plus à risque.

D^r Clara COUCHOUD & D^r Jérémie HUET
CHU de Nantes

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES



RÉFÉRENCES

- Al Rahmoun, M., Sabaté-Elabbadi, A., Guillemot, D., Brun-Buisson, C., & Watier, L. (2025). Impacts of the COVID-19 pandemic on sepsis incidence, etiology and hospitalization costs in France: A retrospective observational study. *BMC Infectious Diseases*, 25(1), 627. <https://doi.org/10.1186/s12879-025-11000-7>
- Alhamyani, A. H., Alamri, M. S., Aljuaid, N. W., Aloubthani, A. H., Alzahrani, S., Alghamdi, A. A., Lajdam, A. S., Alamoudi, H., Alamoudi, A. A., Albulushi, A. M., & AlQarni, S. N. (2024). Sepsis in Aging Populations: A Review of Risk Factors, Diagnosis, and Management. *Cureus*, 16(12), e74973. <https://doi.org/10.7759/cureus.74973>
- Chen, Y., Chen, Y., Liu, P., Guo, P., Wu, Z., Peng, Y., Deng, J., Kong, Y., Cui, Y., Liao, K., & Huang, B. (2022). Risk factors and mortality for elderly patients with bloodstream infection of carbapenem resistance *Klebsiella pneumoniae*: A 10-year longitudinal study. *BMC Geriatrics*, 22(1), 573. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03275-1>
- Dhawan, V. K. (2002). Infective endocarditis in elderly patients. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 34(6), 806–812. <https://doi.org/10.1086/339045>
- Dong, J., Chen, R., Song, X., Guo, Z., & Sun, W. (2023). Quality of life and mortality in older adults with sepsis after one-year follow up: A prospective cohort study demonstrating the significant impact of frailty. *Heart & Lung*, 60, 74–80. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2023.03.002>
- Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., ... Levy, M. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*, 47(11), 1181–1247. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y>
- GBD 2021 Global Sepsis Collaborators. (2025). Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2021: A systematic analysis. *The Lancet. Global Health*, 13(12), e2013–e2026. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(25\)00356-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(25)00356-0)
- Gorecki, G.-P., Bodor, A., Novac, M.-B., Costea, D.-G., Costea, D.-O., Costea, A.-C., Grasa, C.-N., & Tomescu, D.-R. (2025). Rethinking post-sepsis syndrome: Linking cellular dysfunction to the clinical picture. *Critical Care*, 29(1), 418. <https://doi.org/10.1186/s13054-025-05491-8>
- Huang, J. H., & Hood, D. A. (2009). Age-associated mitochondrial dysfunction in skeletal muscle: Contributing factors and suggestions for long-term interventions. *IUBMB Life*, 61(3), 201–214. <https://doi.org/10.1002/iub.164>
- Husabø, G., Nilsen, R. M., Flaatten, H., Solligård, E., Frich, J. C., Bondevik, G. T., Braut, G. S., Walshe, K., Harthug, S., & Hovlid, E. (2020). Early diagnosis of sepsis in emergency departments, time to treatment, and association with mortality: An observational study. *PloS One*, 15(1), e0227652. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227652>
- Ibarz, M., Haas, L. E. M., Ceccato, A., & Artigas, A. (2024). The critically ill older patient with sepsis: A narrative review. *Annals of Intensive Care*, 14(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s13613-023-01233-7>
- Iwashyna, T. J., Ely, E. W., Smith, D. M., & Langa, K. M. (2010). Long-term cognitive impairment and functional disability among survivors of severe sepsis. *JAMA*, 304(16), 1787–1794. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1553>
- Kato, R., & Pinsky, M. R. (2015). Personalizing blood pressure management in septic shock. *Annals of Intensive Care*, 5(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s13613-015-0085-5>
- Kumar, G., Kumar, N., Taneja, A., Kaleekal, T., Tarima, S., McGinley, E., Jimenez, E., Mohan, A., Khan, R. A., Whittle, J., Jacobs, E., Nanchal, R., & Milwaukee Initiative in Critical Care Outcomes Research (MICCOR) Group of Investigators. (2011). Nationwide trends of severe sepsis in the 21st century (2000–2007). *Chest*, 140(5), 1223–1231. <https://doi.org/10.1378/chest.11-0352>
- Kuroshima, T., Kawaguchi, S., & Okada, M. (2024). Current Perspectives of Mitochondria in Sepsis-Induced Cardiomyopathy. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(9), 4710. <https://doi.org/10.3390/ijms25094710>
- Lelubre, C., & Vincent, J.-L. (2018). Mechanisms and treatment of organ failure in sepsis. *Nature Reviews. Nephrology*, 14(7), 417–427. <https://doi.org/10.1038/s41581-018-0005-7>
- Lu, R. J., Wang, E. K., & Benayoun, B. A. (2022). Functional genomics of inflamm-aging and immunosenescence. *Briefings in Functional Genomics*, 21(1), 43–55. <https://doi.org/10.1093/bfpg/elab009>
- McClelland, R. S., Fowler, V. G., Sanders, L. L., Gottlieb, G., Kong, L. K., Sexton, D. J., Schmader, K., Lanclos, K. D., & Corey, R. (1999). *Staphylococcus aureus* bacteremia among elderly vs younger adult patients: Comparison of clinical features and mortality. *Archives of Internal Medicine*, 159(11), 1244–1247. <https://doi.org/10.1001/archinte.159.11.1244>
- Neto, A. S., Schultz, M. J., Festic, E., Adhikari, N. K. J., Dondorp, A. M., Pattanaik, R., Pisani, L., Povoia, P., Martin-Loeches, I., & Thwaites, C. L. (2019). Ventilatory Support of Patients with Sepsis or Septic Shock in Resource-Limited Settings. In A. M. Dondorp, M. W. Dünser, & M. J. Schultz (Eds.), *Sepsis Management in Resource-limited Settings*. Springer. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553815/>
- Opal, S. M., Girard, T. D., & Ely, E. W. (2005). The immunopathogenesis of sepsis in elderly patients. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 41 Suppl 7, S504–512. <https://doi.org/10.1086/432007>
- Reinhart, K., Daniels, R., Kisson, N., Machado, F. R., Schachter, R. D., & Finfer, S. (2017). Recognizing Sepsis as a Global Health Priority—A WHO Resolution. *The New England Journal of Medicine*, 377(5), 414–417. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1707170>
- Roubaud Baudron, C., Panhard, X., Clermont, O., Mentré, F., Fantin, B., Denamur, E., Lefort, A., & COLIBAFI Group. (2014). *Escherichia coli* bacteraemia in adults: Age-related differences in clinical and bacteriological characteristics, and outcome. *Epidemiology and Infection*, 142(12), 2672–2683. <https://doi.org/10.1017/S0950268814000211>
- Rowe, T. A., & McKoy, J. M. (2017). Sepsis in Older Adults. *Infectious Disease Clinics of North America*, 31(4), 731–742. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2017.07.010>
- Rowe, T., Araujo, K. L. B., Van Ness, P. H., Pisani, M. A., & Juthani-Mehta, M. (2016). Outcomes of Older Adults With Sepsis at Admission to an Intensive Care Unit. *Open Forum Infectious Diseases*, 3(1), ofw010. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofw010>
- Sekino, N., Selim, M., & Shehadah, A. (2022). Sepsis-associated brain injury: Underlying mechanisms and potential therapeutic strategies for acute and long-term cognitive impairments. *Journal of Neuroinflammation*, 19(1), 101. <https://doi.org/10.1186/s12974-022-02464-4>
- Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., Bellomo, R., Bernard, G. R., Chiche, J.-D., Coopersmith, C. M., Hotchkiss, R. S., Levy, M. M., Marshall, J. C., Martin, G. S., Opal, S. M., Rubenfeld, G. D., van der Poll, T., Vincent, J.-L., & Angus, D. C. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315(8), 801–810. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>
- Wu, Q., Huang, Q., Xu, Z., Hou, C., & Wang, C. (2025). Comprehensive Review of Sepsis-Related Skeletal Muscle Atrophy: Mechanisms, Diagnosis and Therapeutic Strategies. *Journal of Inflammation Research*, 18, 17879–17894. <https://doi.org/10.2147/JIR.S554850>

UN DIAGNOSTIC PEUT EN CACHER UN AUTRE

Une soirée habituelle aux urgences qui débute avec une nouvelle entrée :

Mme L.X. 86 ans.

Non suivie au sein de notre hôpital, la patiente est adressée aux Services d'Accueil des Urgences par son fils, qui est également son médecin traitant, pour dyspnée et désaturation.

Madame L.X ne parle pas français, elle est donc accompagnée de son 2^{ème} fils afin de faire la traduction.

Son médecin traitant suspecte une infection au COVID depuis 2 jours, mais aucun test diagnostique (antigénique ou PCR) n'a été réalisé. Madame a désaturé dans l'après-midi à 88 % en air ambiant, nécessitant la mise en place de 2L d'oxygène aux lunettes.

Son fils médecin est joint par téléphone, permettant d'avoir plus de renseignement.



On note comme principaux antécédents un diabète insulino-requérant, une hypertension artérielle, une fibrillation atriale, ainsi qu'une chute compliquée d'une fracture lombaire (traitée par cimentoplastie) suivie d'un séjour en Soins Médicaux et de Réadaptation il y a un mois.

Elle n'a pas d'allergie connue.

Ses traitements habituels sont : METFORMINE 500mg X2/jour, RAMIPRIL 2,5mg X1/j, ELIQUIS 2,5mg X2/jour, du PARACÉTAMOL, de l'ACTISKENAN et de la VITAMINE D x1/mois

La patiente vit seule dans une maison à étage, aménagée au rez-de-chaussée depuis sa sortie de SMR, avec un lit médicalisé dans le salon. Actuellement elle ne monte plus les escaliers et marche très peu, uniquement avec un déambulateur 2 roues à cause de lombalgie depuis sa cimentoplastie. Son ADL est à 4.5/6 avec une aide partielle pour la toilette et l'habillage, et des fuites urinaires occasionnelles.

Le profil gériatrique est donc plutôt en faveur d'une patiente fragile.

L'hémodynamique est : PA à 117/82mmHg, FC à 107bpm, T° à 38°C, et SPO2 à 94 % sous 1L d'O2.

Cliniquement :

- Plainte principalement d'une douleur thoracique et de lombalgies basses reproductibles à la palpation.
- Il n'y a pas d'argument clinique pour une décompensation cardiaque.
- On note la présence d'une toux sèche, mais sans foyer à l'auscultation.
- Présence d'une rétention aiguë d'urine à plus de 600ml motivant la mise en place d'une sonde vésicale.

L'ECG met en évidence une fibrillation atriale rapide à 139bpm et une onde Q en DIII.

La radiographie thoracique ne retrouve pas de foyer infectieux, ni de cardiomégalie.

Le bilan biologique retrouve :

- Un syndrome inflammatoire biologique avec des leucocytes à 16G/L et une CRP à 181mg/L.
- Une hémoglobine à 10,8g/dl, des plaquettes à 323G/L, un TP à 52% (sous ELIQUIS) avec TCA à 34s.
- Une fonction rénale préservée à 8mg/L.
- Pas de trouble ionique.
- Une troponine à 256pg/ml, recontrôlée à H3 à 397pg/ml.

La PCR grippe/COVID/VRS revient négative.

La BU retrouve des leucocytes +++, des nitrites +. Un ECBU est donc envoyé.

Une série d'hémocultures sont également prélevées.

À l'issue de l'ensemble de ces éléments :

- L'hypothèse d'une pyélonéphrite est retenue (hyperthermie, lombalgies, BU+). 1 gramme de ROCEPHINE IV en probabiliste est donc réalisé. Un TDM abdomino-pelvien sera à demander demain matin (il est plus de 00h lors de la réception de tous les résultats).
- Un traitement antalgique et anti-hyperthermique par PARACETAMOL 1G IV est donné à la patiente.
- Un avis cardiologique est pris devant la douleur thoracique, l'élévation des Troponines et l'absence de signe ECG ; Le diagnostic d'un SCA non ST+ est retenu. Il nous indique de réaliser un bolus d'ASPEGIC IV. Pas de coronarographie en urgences.

Elle est transférée par la suite à l'UHCD dans l'attente de ses examens complémentaires et surveillance clinique.

Lors du staff le lendemain matin, la question de réaliser un TDM thoracique injecté se pose devant la symptomatologie initiale de dyspnée. Finalement, l'idée n'est pas retenue en raison de l'anticoagulation au long cours (qui diminue la probabilité d'une embolie pulmonaire) et l'absence de foyer à la radiographie.

Le TDM abdomino-pelvien réalisé montre un abcès paravertébral L4-L5 associée à une lyse de la vertèbre L4 en regard de sa cimentoplastie !

Finalement le diagnostic retenu est donc une spondylodiscite L4-L5. La patiente a été transférée dans le service de maladie infectieuse pour suite de sa prise en charge.

Ce cas illustre combien la médecine d'urgence gériatrique est une médecine de l'incertitude. Face à des tableaux souvent atypiques, intriqués et évolutifs, nous nous confrontons simultanément à la stabilisation des défaillances aiguës et à la nécessité d'une démarche diagnostique dynamique. Chez la personne âgée fragile, où plusieurs pathologies peuvent coexister et s'entremêler, chaque diagnostic retenu peut en masquer un autre. Cette situation illustre qu'en gériatrie, même face à une hypothèse diagnostique initialement convaincante, une réévaluation clinique demeure indispensable.

Ana-Stefania NEMTANU
Interne de gériatrie à Lille

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

RELECTURE : Dr Sylvana HO-BING-HUANG, praticien hospitalier en gériatrie au CH de Douai





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



Rendez-vous sur

www.reseauprosante.fr



Inscription gratuite

☎ 01 53 09 90 05

✉ contact@reseauprosante.fr



CENTRE HOSPITALIER
DES QUATRE VILLES

Le CH des Quatre villes

(Sèvres, Saint-Cloud Hauts-de-Seine), aux portes de Paris, dispose d'une filière gériatrique complète avec UGA, SSR gériatrique, USLD, EHPAD, consultations mémoires, accueil de jour.



***Vous êtes Gériatre et à la recherche
de nouvelles opportunités ?
Alors, venez rejoindre nos équipes médicales !***



*Coordination, coopération territoriale,
dynamisme et pluridisciplinarité !*

Inscription à l'Ordre indispensable.

Adressez votre candidature
à la Cheffe de Pôle avec CV et
lettre de motivation

✉ c.charpentier@ch4v.fr / direction@ch4v.fr



LES ANNONCES DE RECRUTEMENT



HÔPITAUX
PUBLICS
Grand Lille

Recrute UN GÉRIATRE

MISSIONS

- Assurer la prise en charge médicale des résidents d'EHPAD (120 lits dont UVA, PASA et hébergement) avec une équipe médicale et paramédicale pluridisciplinaire et dynamique.
- Accompagner les résidents dans leur projet de vie.
- Accueillir et se rendre disponible pour les familles et les aidants habituels.
- Participer à une permanence des soins gériatrique.

Contacts



Informations clés pôle gériatrie - autonomie

- + de 550 lits et places,
- 3 EHPAD, 1 USLD et 1 foyer de vie,
- Des unités spécialisées (PASA, URH, UVA),
- Des équipes et dispositifs transversaux (EMG, EMASP, ADNP).

Chiffres clés Groupe Hospitalier SECLIN CARVIN

- 117 938 admissions en soins externes,
- 1 institut de formations aide-soignant,
- 1 671 naissances,
- 49 034 passages aux urgences,
- 1 crèche,
- 912 lits et places,
- 28 181 séjours MCO,
- 1 185 séjours SMR,
- 8 285 interventions chirurgicales.



Monsieur Clément ACQUART,
Directeur Adjoint ✉ diram@ghsc.fr

Dr Emmanuel BERNACHON, Chef de Pôle
✉ emmanuel.bernachon@ghsc.fr

LE CENTRE HOSPITALIER AGEN-NÉRAC (47) RECRUTE !

Sur le site d'Agen

UN POSTE DE MÉDECIN GÉRIATRE POUR LE SERVICE DE COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE.

Le service de Court Séjour Gériatrique est constitué de 3 praticiens hospitaliers et comprend 30 lits d'hospitalisation conventionnelle.

MISSIONS ET ACTIVITÉS

- Prise en charge médicale des patients âgés fragiles, des patients de plus de 75 ans polypathologiques avec application des aspects spécifiques de la médecine aux personnes âgées, et/ou en perte d'autonomie en les orientant dans le système de soins.
- Assurer la visite médicale sur le secteur désigné.
- Avoir un rôle d'encadrant pour les internes.
- Pouvoir assurer des consultations de médecine gériatrique.
- Rentrer dans le cadre des astreintes de la filière gériatrique du pôle de gériatrie et rééducation.

Sur le site de Nérac

UN POSTE DE MÉDECIN GÉRIATRE POUR REJOINDRE L'ÉQUIPE MÉDICALE DU SERVICE DE MÉDECINE À ORIENTATION GÉRIATRIQUE.

L'équipe médicale du Pôle Nérac est constituée de 4 médecins qui assurent la prise en charge médicale de 20 lits de médecine à orientation gériatrique, de 20 lits de SMR et 185 lits d'EHPAD. Sur le secteur médecine, l'exercice médical est réalisé en binôme avec un autre praticien. La permanence des soins est assurée par une astreinte opérationnelle.

UN POSTE DE MÉDECIN GÉRIATRE EN EHPAD EN RAISON D'UN DÉPART À LA RETRAITE.

L'EHPAD, comprend 4 unités localisées sur 3 bâtiments distincts. Des espaces dédiés permettent une prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement : snoezelen, tovertafel. Des consultations sur site sont assurées par les médecins spécialistes d'Agen.

POSSIBILITÉS SUR CES DEUX POSTES

- D'exercice partagé avec les autres services du Pôle Nérac.
- D'exercice partagé avec le site hospitalier d'Agen.
- D'exercice ville/hôpital.



COMPÉTENCES REQUISES

- Être titulaire d'un Doctorat en médecine et inscrit à l'Ordre des Médecins en France.
- Avoir une Capacité de Gériatrie ou un DES de Gériatrie.
- Disposer d'une expérience professionnelle auprès des personnes âgées.
- Être titulaire du concours de praticien hospitalier ou se destiner à le présenter.

STATUTS PROPOSÉS

PH Titulaire, PH Contractuel
avec possibilité d'évolution vers
un poste de PH Titulaire.



CONTACTS

Dr Luc VOGT

Chef de Pôle Gériatrie - Rééducation

☎ 05 53 69 71 19

✉ vogtl@ch-agen-nerac.fr

Mme Isabelle MARTIN

Directrice des Affaires Médicales

☎ 05 53 69 78 11

✉ recrutement.dam@ch-agen-nerac.fr

*Et si vous exerciez la gériatrie
dans un établissement où l'humain
est réellement au centre des priorités ?*

LA RÉSIDENCE BEAUSOLEIL,
établissement du groupe HHS, recherche
UN(E) MÉDECIN COORDONNATEUR (H/F)
à 0,5 ETP pour rejoindre une équipe engagée,
dynamique et porteuse de projets.

VOTRE RÔLE

- Piloter et faire vivre le projet de soins de l'établissement.
- Accompagner les équipes dans le développement des bonnes pratiques gériatriques.
- Participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
- Développer les partenariats avec les acteurs du territoire.
- Contribuer à un accompagnement respectueux de la dignité, de l'autonomie et des choix de chaque résident.



Résidence Beausoleil
« Maison de nos aînés »

habitat &
humanisme

POURQUOI NOUS REJOINDRE ?

- Un poste à temps partiel permettant un équilibre de vie et de nombreuses opportunités de complément.
- Une équipe pluridisciplinaire investie et bienveillante.
- Un environnement stimulant où les initiatives sont encouragées : télé-médecine, MOOC pour les équipes, partenariats territoriaux...
- Des liens privilégiés avec la Maison Saint-Raphaël voisine, EHPAD à Solesmes, et échanges nombreux avec la maison Saint-Paul à Rezé
- Un groupe attaché à des valeurs fortes : respect, engagement, proximité et innovation au service du bien-vieillir.

VOTRE PROFIL

Médecin avec une appétence pour la gériatrie et le travail en équipe, vous souhaitez mettre votre expertise au service d'un projet médical ambitieux et humain. Rejoignez-nous et participez à construire la gériatrie de demain, au plus près des résidents et des professionnels.

CONTACT : ✉ c.mounoury@habitat-humanisme.org ☎ 07 71 05 36 38



LE CENTRE HOSPITALIER DE DIGNE-LES-BAINS (04)

CHERCHE

Médecin Gériatre (assistant • PH • PHC)



Notre établissement

Station thermale et chef-lieu du département des Alpes-de-Haute-Provence, le Centre Hospitalier de Digne-les-Bains est l'hôpital support du GHT 04, implanté sur un bassin de 160 000 habitants.

L'hôpital regroupe

- ✓ 88 lits en psychiatrie.
- ✓ 126 lits dont 30 places en gériatrie.
- ✓ 20 000 passages aux urgences par an.
- ✓ Un plateau technique complet avec scanner et IRM.



Votre profil

Diplôme de médecine avec spécialisation en gériatrie
Inscription ou inscription possible à l'Ordre des médecins.



Nous vous offrons

Activités intra-hospitalières diverses.
Temps plein ou temps partiel.
Rémunération attractive.
Reprise d'ancienneté.
Possibilité de mise à disposition temporaire d'un logement.
Intervention multi-sites possible.
Prime multi-sites.
Prime d'engagement dans la carrière hospitalière jusqu'à 20 000 €.



Un cadre de vie privilégié

À proximité des stations de ski des Alpes,
d'Aix-en-Provence et des Gorges du Verdon.

Intéressé(e) ?

Direction des Affaires Médicales

affaires.medicales@ch-digne.fr

Rejoignez

le Centre Hospitalier de Digne-les-Bains !



C.H.I.C. UNISANTÉ+

Hôpitaux publics de **FORBACH** et **SAINT-AVOLD**

RECRUTE

- **Un(e) Médecin généraliste**
- **Un(e) Gériatre**

Statut de praticien contractuel ou de praticien hospitalier
(mutation ou 1^{ère} nomination suite à la réussite au CNPH)



**Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins
indispensable !**



ADRESSER CANDIDATURE ET CV À
Mme Christine BOUR
Directrice des Affaires Médicales et
de l'appui à la recherche



affaires.medicales@unisante.fr
christine.bour@ch-sarreguemines.fr



Secrétariat : 03 87 27 33 11
Ligne directe : 03 87 27 37 50
07 86 45 09 27

**Département
de la Moselle**

À proximité de l'Allemagne , du Luxembourg  et de la Belgique 



LE CENTRE HOSPITALIER VALLÉE DE LA MAURIENNE

Situé en Savoie, dans la vallée de la Maurienne, territoire montagneux qui s'étend sur plus de 120 km, le CHVM est un établissement public hospitalier à taille humaine (545 lits et places – 571 agents), proposant une offre de soins complète de proximité avec un niveau de technicité en médecine, chirurgie, gynécologie obstétrique, gériatrie, un service d'Urgences-SMUR routier et hélicoptère, et un centre médico-sportif.

Il assure la couverture sanitaire des 42 000 habitants de la vallée avec une augmentation saisonnière marquée due à la vocation touristique estivale et hivernale du territoire.

PROCÉDURE DE RECRUTEMENT

Pour l'envoi de votre candidature :

Madame Laurence ALEX, Responsable des affaires médicales
04 79 20 69 72 - laalex@chvm.fr

Contact médical : DR Nathalie RUET
nathalieruet@chvm.fr

Pour en savoir plus
sur notre hôpital : www.chvm.fr

Rejoignez le CHVM !

Nous recrutons un MÉDECIN GÉRIATRE OU GÉNÉRALISTE
pour le secteur **PERSONNES ÂGÉES**

SECTEUR GÉRIATRIQUE

Vous exercerez au sein d'une filière gériatrique active répartie sur 2 sites distants de 30 km :

→ Le site de Saint-Jean-de-Maurienne :

116 lits EHPAD dont 26 Alzheimer et 2 hébergements temporaires + 30 lits SLD + 10 places accueil de jour Alzheimer + 14 places PASA.

→ Le site de Modane : 88 lits EHPAD dont 28 Alzheimer et 7 hébergements temporaires + 26 lits SSR gériatrique + 14 places PASA.

Notre offre de soins personnes âgées est complétée par les services de médecine polyvalente, HAD, SSIAD et SMR gériatrique et locomoteur et court séjour gériatrique à venir grâce au renforcement de l'équipe médicale.

Vous pourrez exercer à votre convenance, sur l'un ou l'autre des sites, ou sur les deux, sachant que pour cette dernière option vous bénéficierez de la prime d'exercice territorial.

PROFIL RECHERCHÉ

Poste de Praticien Hospitalier ou Praticien Contractuel.
Temps plein ou Temps partiel.
Médecin gériatre ou généraliste.

ORGANISATION DU TRAVAIL

Service de jour. Astreintes de nuit assurées par le service des urgences.

CADRE DE VIE

La vallée de la Maurienne constitue un cadre naturel exceptionnel traversé par l'Arc. Elle abrite 18 stations de sports d'hiver et d'été de montagne.

Entre l'Italie et les Hautes-Alpes, elle est connue pour ses sites remarquables, comme le Parc National de La Vanoise, ses cols mythiques, ses forts historiques, ses chemins du baroque, ses musées...

Dans cet environnement naturel, vous pourrez pratiquer de multiples activités, à la fois sportives et de loisirs, randonnée, cyclotourisme, ski/neige, canoë, parapente, via ferrata, VTT, patinoires, sports indoor, mais aussi découvrir un patrimoine naturel et culturel varié.

Une vallée trait d'union entre la France et l'Italie ; Saint-Jean-de-Maurienne est à moins d'une heure de Chambéry, Albertville, et Grenoble par autoroute, et à 3h40 de Paris-Gare-de-Lyon en TGV direct ; Future gare multimodale de la ligne ferroviaire européenne Lyon-Turin.

Vous disposerez d'un accompagnement à l'installation (logement temporaire, interlocutrice dédiée pour votre accueil en Maurienne <http://www.maurienne.fr/pdf/lyon-turin/livret-accueil-maurienne.pdf>).



LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTÉLIMAR

Établissement de référence du « Groupement Hospitalier des Portes de Provence ».

RECHERCHE 3 GÉRIATRES

À temps plein pour compléter l'équipe actuelle de 8 praticiens

POLYVALENCE SOUHAITÉE.

- ✓ 1 poste sur le Court Séjour Gériatrique pour 10 lits.
- ✓ 1 poste 5 lits court séjour gériatrique et 10 lits SMR.
- ✓ 1 poste de Médecin Coordinateur EHPAD La Manoudière.

Compétences gériatriques souhaitées : capacité de gériatrie, DESC ou qualification ordinaire voire Médecine Générale.

Les bâtiments de Gériatrie de « Roche-Colombe » sont récents, climatisés et agréables.

Située au cœur de la Drôme et aux portes de l'Ardèche, très facile d'accès par l'autoroute A7 ou le TGV, Montélimar bénéficie d'une position stratégique sur la vallée du Rhône. Réputée pour son climat ensoleillé, sa convivialité et sa taille humaine, la ville séduit par son équilibre entre vie professionnelle et personnelle. Entourée de paysages remarquables, Montélimar constitue le point de départ idéal pour profiter des richesses touristiques de la Drôme et de l'Ardèche et offre un cadre de vie privilégié, alliant dynamisme culturel et douceur du Sud.



Ce poste est à pourvoir par mutation ou contrat. Toute candidature sera étudiée. **Temps de travail négociable, activité libérale possible, formations continues encouragées et soutenues, possibilité de participer à des travaux de recherche, facilités de logement et aide à l'installation.**

Dr BAUDOUIN Estelle, Cheffe du Pôle Gériatrie
estelle.baudouin@ghpp.fr

Mme MAGNETTE Sandrine, AAH-DAM
sandrine.magnette@ghpp.fr ☎ 04 75 53 41 29

Candidature (CV + lettre de motivation)
à envoyer à : secretariat.dam@ghpp.fr