

LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#36

AOÛT 2024 - NUMÉRO GRATUIT



Association des Jeunes Gériatres

www.assojeunesgeriatres.fr



LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE #36

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2024

BUREAU
PRÉSIDENTE
Rafaëlle ROTH

VICE-PRÉSIDENTE
Lucrezia-Rita SEBASTE

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Jérémie HUET

TRÉSORIER
Romain VAN OVERLOOP

VICE-PRÉSIDENT(E)S ADJOINT(E)S
Laure ALLAN, Amélie BOINET
et Florian MARONNAT

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Hazem BEN RAYANA
Nathan BLEU
Alexandre BOUSSUGE
Floriane BRIL
Sandra BRISSART
Guillaume CHAPELET
Nicolas DENIAU
Fanny DURIG
Antoine GARNIER-CRUSSARD
Bastien GENET
Florent GUERVILLE
Sylvana HO-BING-HUANG
Sophie MASSART
Marine OECHSLIN RIMET
Marie OTEKPO
Matthieu PICCOLI
Ludovic ROBBE
Sophie SAMSO
Thomas TANNOU
Julie TISSERAND
Justine TRISTRAM

N° ISSN : 2264-8607

ÉDITEUR ET RÉGIE PUBLICITAIRE

Réseau Pro Santé
14, rue Commines | 75003 Paris
M. TABTAB Kamel, Directeur
reseauprosante.fr | contact@reseauprosante.fr



ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES
www.assojeunesgeriatres.fr

SOMMAIRE

03 ÉDITORIAL

04 ARTICLE THÉMATIQUE

BPCO GOLD 2023 : quels changements en pratique dans la prise en charge de nos patients âgés avec une BPCO ?

07 FOCUS GÉRIATRIQUE

La Réhabilitation/Réadaptation respiratoire (RR)

11 FICHE MÉTIER

SOS oxygène, prestataire d'oxygène

13 FICHE PRATIQUE

Actualités Vaccinales : grippe, VRS, Covid et Pneumocoque

16 RETOUR DE CONGRÈS

4^{èmes} Journées Annuelles des Jeunes Gériatres (JAJG)

24 FICHE DU MÉDICAMENT

Algorithme thérapeutique de la BPCO

26 ACTUALITÉS AJG

27 BIBLIOGRAPHIE

La cryobiopsie : une technique sûre et efficace pour obtenir un diagnostic face à une pneumopathie infiltrante diffuse chez la personne âgée

Vaccination VRS : vers une évolution du schéma vaccinal ?

35 CAS CLINIQUE

Un COVID atypique cachant une pneumopathie interstitielle commune

39 ANNONCES DE RECRUTEMENT



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

ÉDITORIAL



Take a Breath

Chers adhérent(e)s,

Nous revoici pour un numéro spécial pneumo Gériatrie.

Les vacances sont là, on espère que vous en profiterez pour prendre une pause et respirer un grand coup en lisant cette gazette.

Le focus gériatrique parlera réhabilitation respiratoire.

La fiche pratique portera bien son nom puisqu'on évoquera la vaccination.

La fiche médicament proposera un rappel sur les aérosols et techniques d'inhalation, avec tableau résumé et vidéos d'éducation thérapeutique.

Le cas clinique s'articulera autour d'une pneumopathie pas comme les autres.

Deux bibliographies très intéressantes compléteront le numéro en évoquant la vaccination VRS et la place de la cryobiopsie chez nos patients.

L'actualité AJG fera la part belle à la BD « élémentaire mon cher gériatre » et à notre Radio AJG.

Le retour de congrès reviendra sur les JAJG qui ont eu lieu sous le soleil dans la belle ville de Strasbourg, en avril dernier.

Le focus métier s'intéressera à celui de prestataire d'oxygène, nous permettant d'évoquer les règles de prescription.

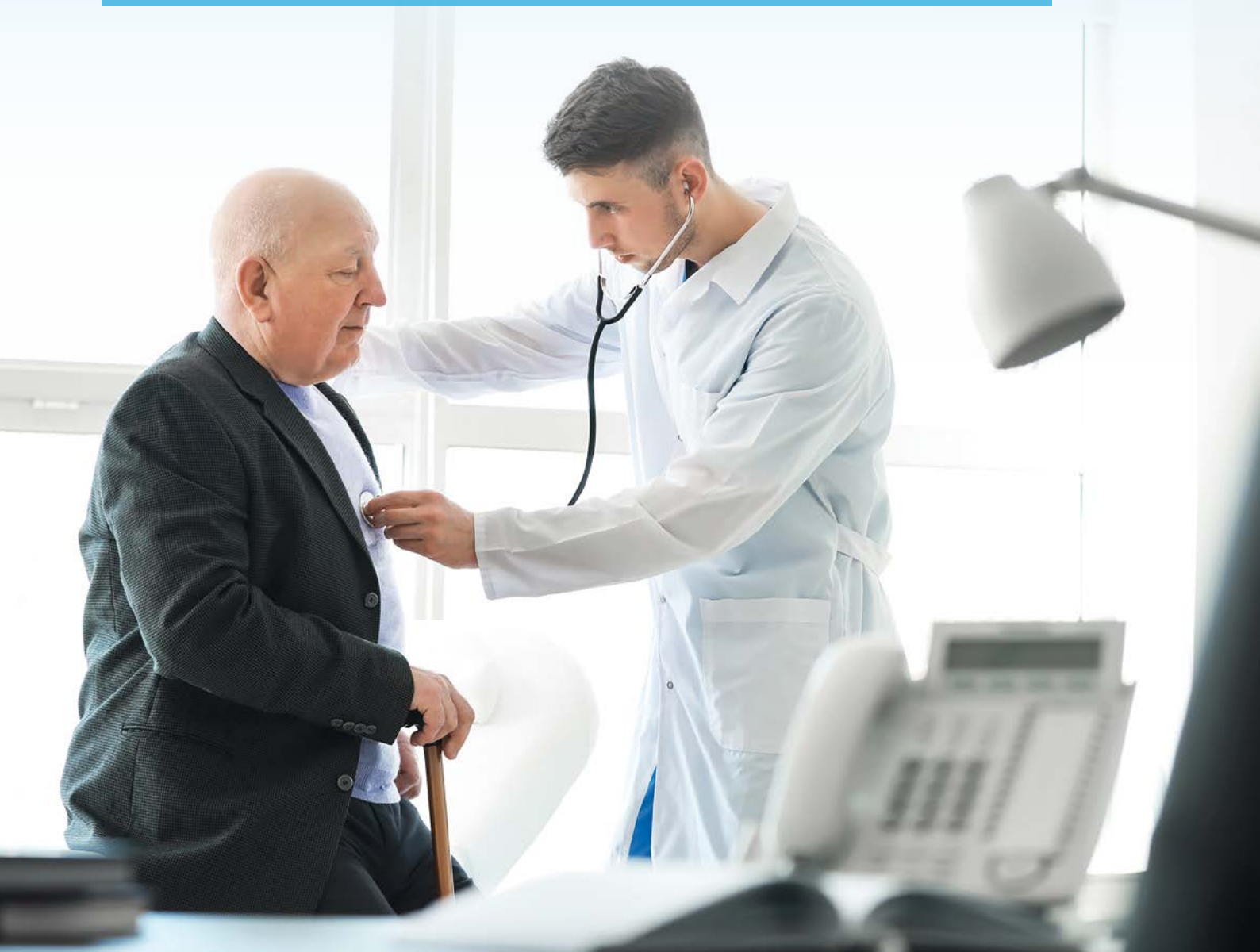
L'article thématique parlera de la BPCO et des nouveautés thérapeutiques, sous format d'interview plus didactique avec un invité pneumologue.

Prenez une belle INSPIRATION et profitez de cette bulle d'oxygène dans cet été (presque) suffocant avec cette jolie gazette numéro 36 !

Geriatriquement vôtre,
Justine TRISTRAM
Sophie MASSART

BPCO GOLD 2023 :

QUELS CHANGEMENTS EN PRATIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DE NOS PATIENTS ÂGÉS AVEC UNE BPCO ?



En 2023, une mise au point sur le traitement de fond de la BPCO a été réalisée par le rapport Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD).

Nous vous proposons de présenter les évolutions thérapeutiques grâce à l'interview d'Antoine Moui, chef de clinique en pneumologie au CHU de Nantes, par Jérémie HUET, gériatre.

Le rapport est disponible à l'adresse suivante : <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>

JH : Bonjour Antoine, veux-tu te présenter ?

AM : Bonjour Jérémie ! Je suis le Dr Antoine Moui, un des pneumologues au CHU de Nantes, j'en suis actuellement à ma quatrième année de clinicat.

JH : On va évoquer la BPCO et les changements apportés par les récentes recommandations GOLD. Celles-ci ont été beaucoup commentées récemment, quel a été l'impact réel dans votre pratique. As-tu une remarque de préambule déjà ?

AM : Oui, déjà il faut faire attention : ce ne sont pas des recommandations, c'est un rapport fait par des experts internationaux. Mais la confusion est en effet vite faite.

Il y a la même chose dans l'asthme avec le GINA.

Chaque année, le groupe GOLD (« Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease ») fait des propositions de prise en charge basées sur un rationnel scientifique qui est assez solide, généralement, mais qui peut être biaisé par certaines études financées par des laboratoires. C'est pour ça que parfois on peut voir des distinctions entre le rapport GOLD et les recommandations françaises ou un décalage temporel dans l'adoption du nouveau rationnel.

JH : Merci pour cette précision. Si je comprends bien, historiquement dans la BPCO au départ, le traitement était surtout classé sur la sévérité en lien avec le VEMS. Et progressivement ça s'est décalé à deux phénotypes différents entre les exacerbateurs et les dyspnéiques.

AM : Oui, ce qui a changé là en 2023 c'est surtout qu'il y a eu une simplification aussi de la classification des groupes de patients. Avec la disparition des phénotypes C et D (exacerbateurs) au profit d'un seul profil E. Je trouve que ça simplifie la ligne de conduite.

Maintenant, c'est vrai que dans ces classifications-là, on ne parle même plus du VEMS, tu as raison. Nous, en pratique, on continue quand même à y prêter attention. Quand on parle de BPCO, on aime bien dire si le trouble ventilatoire est léger ou très sévère.

Et puis, ils ré-insistent sur une notion qui est assez importante et qu'on retrouve aussi dans les rapports du GINA, c'est la notion de ne pas hésiter à décroître le traitement inhalé.

Et justement, si on part vraiment plus sur l'aspect gériatrie, ce que je trouve surtout intéressant, c'est de s'intéresser un peu aux dispositifs de traitement. Il faut vraiment évaluer la prise de nos patients et choisir la forme la plus adaptée : par exemple, en une seule prise par jour c'est le mieux.

JH : En gériatrie, on a souvent des patients qui viennent pour une exacerbation de BPCO. Les autres sont plus des patients de consultation de pneumologie j'imagine. Quel traitement faut-il leur proposer à la sortie ?

AM : Oui en effet, le plus important à retenir pour les patients gériatriques, c'est d'évoquer la question suivante : « que proposer comme traitement à un patient non traité faisant une exacerbation de BPCO ? ».

Pour ça, les recommandations sont assez simplifiées. Ils nous disent bien qu'il faut vraiment une **double bronchodilatation d'emblée**. Il ne faut pas avoir peur d'initier d'emblée un traitement assez coriace, on va dire, avec d'emblée deux bronchodilatateurs. Dans le passé, on disait de faire un, puis deux, puis peut-être un corticoïde en plus. Ce rapport simplifie cette donnée : double bronchodilatateur d'emblée.

JH : Cela correspond au « LABA-LAMA » évoqué dans le rapport ?

AM : Oui, c'est classiquement l'Ultibro®, qu'on prescrit beaucoup. Attention chez la personne âgée, il faut surveiller la technique de prise. L'avantage de ce traitement est la prise en une fois par jour qui sécurise l'adhésion au traitement.

JH : On a l'impression que les cortico-stéroïdes inhalés (CSI) ont moins de place dans ce nouveau rapport ?

AM : Oui, effectivement, parce qu'on sait surtout que les prescrire à tort augmente quand même le risque de pneumopathie. Donc attention, surtout chez les personnes âgées.

Néanmoins, il a été démontré que chez les patients avec, en revanche, un phénotype d'inflammation plutôt T2, représenté par des éosinophiles à plus de 300 dans le sang, l'ajout d'un CSI avait un impact vraiment très bénéfique sur la réduction des risques d'hospitalisation et d'exacerbation. Et ça c'est quelque chose qui est repris aussi par les recommandations françaises.

JH : Donc, pour ces patients-là, c'est une tri-thérapie d'emblée qui est recommandée ?

AM : Oui. Et si on reparle de dispositif, c'est vrai qu'à Nantes on utilise beaucoup le Trimbow®, encore plus chez les personnes âgées puisqu'il a pour avantage de pouvoir se prendre avec une chambre d'inhalation et de faciliter la technique de prise. Donc même si c'est 2 fois par jour matin et soir, le traitement est correctement pris.

L'autre trithérapie qui peut être utilisée chez la personne âgée, vous en entendrez parler, c'est le Trixeo® qui a l'avantage de se prendre en une fois par jour. Il peut aussi être pris en chambre d'inhalation.

Enfin, vous pouvez entendre parler du Trelegy® qui est plutôt une poudre, plus difficile à prendre.

JH : Donc, ce rapport-là sonne quand même un peu le glas du SERETIDE® (LABA + CSI) largement répandu chez nos patients âgés ?

AM : C'est sûr que dans les recommandations françaises et dans le rapport, ils disent bien que l'association corticostéroïde inhalé + bronchodilatateur de longue durée d'action n'a plus sa place. L'accent est mis sur la double bronchodilatation d'emblée +/- CSI.

C'est la grosse différence avec tous les patients asthmatiques.

JH : Et donc tu recommanderais d'arrêter complètement le SERETIDE® chez nos patients gériatriques ?

AM : Alors, déjà, il faut vraiment être sûr du diagnostic respiratoire parce que parfois, surtout chez la personne âgée, avoir des EFR interprétables, ce n'est pas facile. Est-ce que c'est un asthme qui récidive ou est-ce que c'est vraiment une BPCO ? Ce n'est pas toujours simple. Pour ces formes un peu frontalières, on est quand même assez tenté parfois de mettre corticoïde inhalé + bronchodilatateur dans le doute, on va dire. Donc parfois, on laisse ça si on n'est pas sûr de nous. Mais si on est sûr que c'est un patient uniquement BPCO, oui, à mon sens, il est plus légitime de remplacer par une double bronchodilatation avec cette arrière-pensée de diminuer le risque de pneumopathie.

JH : Merci pour cette clarification.**En parlant de co-pathologies, j'ai lu qu'il y avait 30 % de broncheectasies tout de même chez les patients BPCO, est-ce que ça change quelque chose concrètement au traitement ?**

AM : Alors, au traitement inhalé, non. Mais sur l'importance de la kinésithérapie respiratoire, oui. Celle-ci doit être intensive pour favoriser le désencombrement bronchique en cas de dilatation de bronche surajoutées.

Chez ces patients-là aussi, on donne un peu plus d'importance à l'examen des crachats pour rechercher des bactéries courantes mais également des mycobactéries. Et puis vaccin pour tous bien sûr.

JH : Of course ! Pour finir, quelle place du scanner thoracique en dépistage ?

AM : Bonne question ! En effet, le rapport du GOLD recommande un scanner thoracique tous les ans pour dépister le cancer du poumon. En France, ce n'est pas du tout acté.

En revanche, effectivement, un **scanner thoracique est réalisé d'emblée initialement à tous les patients BPCO récemment diagnostiqués**. Le but est de rechercher des dilatations de bronches passées inaperçues. Et surtout, éliminer une *néoplasie* sous-jacente débutante. Le scanner thoracique a sa place dans le début de la prise en charge ; mais dans le suivi, il est probablement plus raisonnable d'adapter au cas par cas. Si les patients exacerbent beaucoup, on va quand même se poser la question de quelque chose en plus.

JH : Ok, c'est très clair. Merci beaucoup pour toutes ces réponses Antoine et à bientôt !

AM : À plus !

Pour l'Association des Jeunes Gériatres
Dr Antoine MOU
Chef de clinique en pneumologie
CHU de Nantes

LA RÉHABILITATION/RÉADAPTATION RESPIRATOIRE (RR)

La réadaptation respiratoire est une composante du traitement non médicamenteux des patients atteints de maladie respiratoire chronique (BPCO emphysémateuse, Asthme, Dilatation des bronches, Mucoviscidose, Fibroses, COVID long, Attente de transplantation...) prescrite par un pneumologue ou médecin physique et de réadaptation (MPR).

Cependant, devant une offre de soin hétérogène sur le territoire, l'ensemble des patients qui la nécessitent n'y ont pas forcément accès. (cf. : carte de la réadaptation respiratoire en France sur site de la SPLF [Société de Pneumologie de Langue Française] (1)).

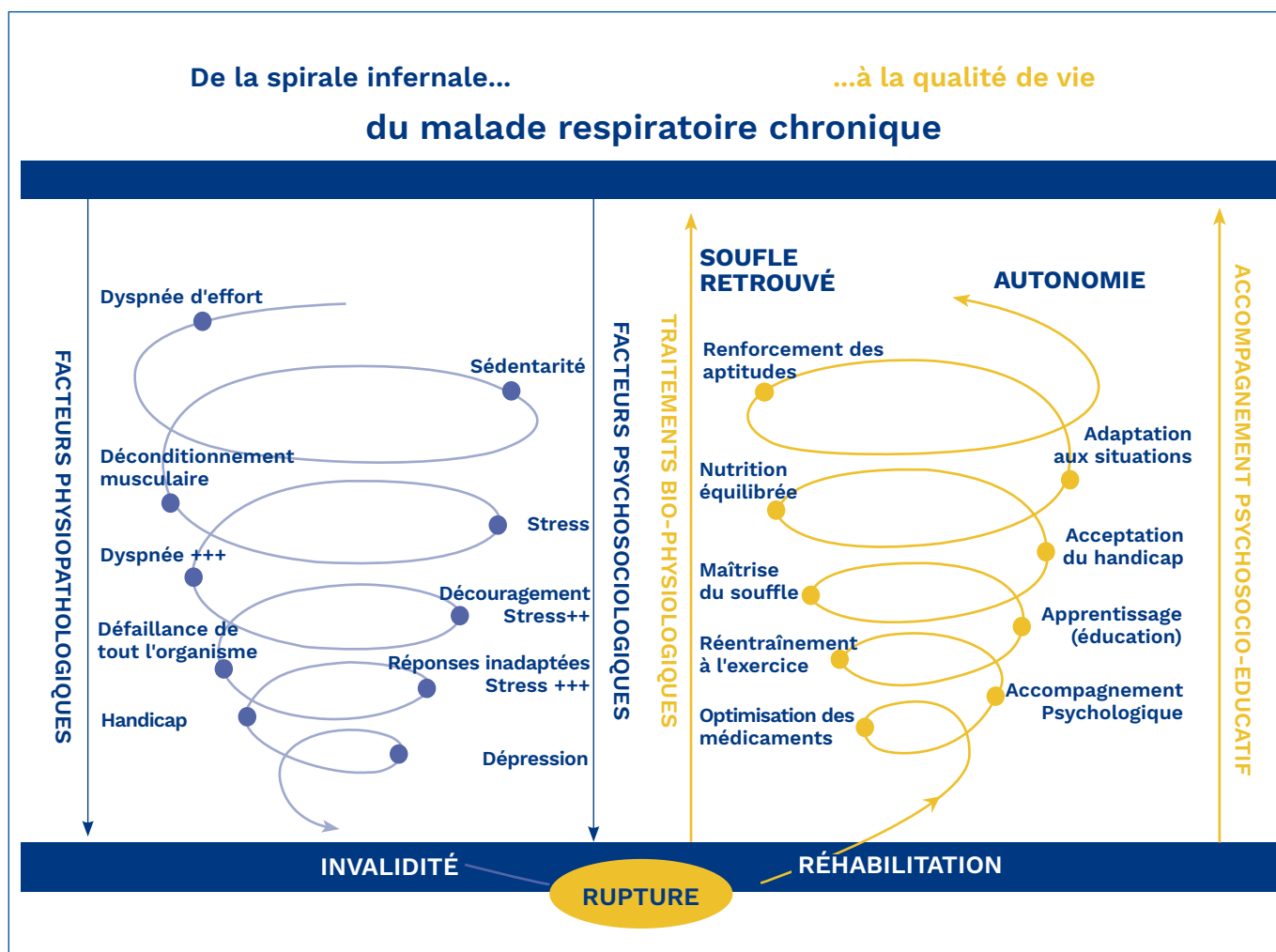
Qu'est-ce que la RR ?

Recommandation HAS 2014 (2)

Le cercle vicieux du déconditionnement

L'insuffisance de l'activité physique entraîne le malade chronique à l'inactivité. Ceci a des répercussions physiques, psychiques et sociales.

<https://www.institut-numerique.org/ii12d-autres-atteintes-4ff2efad6d033>



Définition et objectifs

La Réadaptation Respiratoire est un programme transdisciplinaire et personnalisé où le patient est acteur de sa santé. Il a pour but d'optimiser au quotidien les capacités fonctionnelles et la qualité de vie des patients qui présentent un handicap respiratoire chronique, afin d'obtenir un niveau optimal d'indépendance et d'insertion dans la société.

La réadaptation se compose d'un algorithme de prise en charge autour de la maladie respiratoire chronique :

- ➔ Éducation thérapeutique (sevrage du tabac, vaccination, suivi nutritionnel, observance et compliance aux traitements, soutien psycho-social).
- ➔ Réentraînement personnalisé à l'exercice pour améliorer à court et moyen terme :
 - la dyspnée ;
 - la tolérance à l'effort ;
 - la qualité de vie.
- ➔ Exercices ventilatoires et musculaires.

Pour quels patients ?

Les patients sont adressés en Réadaptation Respiratoire et évalués par un Pneumologue ou un MPR.

Ils peuvent être adressés de :

- ➔ **MCO** (médecine, chirurgie, obstétrique).
- ➔ **Domicile** : par des pneumologues libéraux/ médecins libéraux (dans ce cas est organisée une consultation de pré-admission par le pneumologue ou MPR).
- ➔ **Patients chirurgicaux** : patients nécessitant une prise en charge chirurgicale (greffes, mais aussi toutes chirurgies chez un patient malade respiratoire chronique) où les conditions d'opérabilité ne sont pas réunies. *À noter tout patient réhabilité avant chirurgie diminue le risque de mortalité de 30 % et diminue le risque d'hospitalisation post-chirurgical de 2 jours.*
- ➔ **Réanimation/ USC.**

Cependant il existe quelques contre-indications au programme :

- Angor instable.
- Infarctus récent.
- Rétrécissement aortique serré.
- Insuffisance cardiaque instable.
- Maladie thromboembolique évolutive.
- Thrombus intra-ventriculaire.
- Troubles du rythme non contrôlés.
- Affection intercurrente fébrile.
- Manque de motivation et de compliance.
- Acidose respiratoire non compensée.
- Maladie neuromusculaire ou osseuse rendant le réentraînement impossible.

Lieux de Réadaptation

Les lieux de Réadaptation respiratoire sont variés et adaptés dans la plupart des cas au souhait et commodités du patient :

- ➔ Les établissements de santé :
 - En **hospitalisation complète** avec permissions thérapeutiques autorisées les week-ends. (Généralement pour les patients avec atteinte sévère de la maladie respiratoire, polypathologie sévère ou problème psycho-sociaux).
 - **Ambulatoire** avec Hôpital de jour à raison de 3x/semaine.
- ➔ Les structures de proximité : cabinet de kinésithérapeutes...
- ➔ Le domicile du patient.

Le Programme de RR

Le bilan initial

Le programme de RR débute par un bilan initial. Il évalue tout d'abord la motivation du patient en lui exposant les bénéfices attendus, définissant avec lui ses attentes et ses objectifs. Ainsi, le patient est intégré dans son programme de soin, avec les objectifs qu'il a décidés, afin de le rendre acteur de sa santé.

Ce bilan initial effectué avec les différents professionnels de santé (Kinésithérapeute, Ergothérapeute, Diététicien, Psychologue, Tabacologue, APA...) coordonnés par le pneumologue ou MPR se compose de :

- Biologie ;
- Gaz du sang ;
- ECG à l'effort ;

- Spirométrie : courbe débit volume pour évaluer la fonction respiratoire ;
- Test de marche de 6 min sur minimum 30 mètres (évalue le nombre de mètre parcouru, la saturation, le seuil de dyspnée, endurance, fréquence cardiaque, la fatigue des membres inférieurs...) ;
- Les questionnaire qualité de vie : Score EPICE (score de précarité, impact social), HAD (Hospital anxiety depression), VECU 11 (tolérance à l'exercice), CAT (control assessment test pour les BPCO) ACT (asthma control test), Score spécifique du COVID, Score NIJMEGEN (test d'hyperventilation - *syndrome hyperventilation dysfonctionnement entre commande ventilatoire et organe effecteur*).

Les Séances de RR

Le Réentraînement à l'effort est la pierre angulaire de la RR, avec une activité physique adaptée, un renforcement musculaire et les drainages bronchiques. En moyenne il est recommandé de réaliser 12 à 15 séances (réentraînement, ventilation) afin de :

- Améliorer les capacités oxydatives musculaires périphériques ;
- Diminuer la ventilation pour un effort donné ;
- Améliorer l'endurance à effort ;
- Diminuer l'effet de panique de la dyspnée.

Le réentraînement à l'effort s'effectue sur machine à l'aide de cycloergomètre, cycloergomètre à bras, tapis de marche, ergo siège.

La réévaluation

En cours et fin de programme, le patient est systématiquement réévalué sur les mêmes items qu'au bilan initial. Ainsi, les compétences acquises, en cours d'acquisition ou non acquises sont continuellement évaluées.

Au cours de son programme, plusieurs séances de synthèse pluridisciplinaire sont organisées autour du patient, permettant de recueillir par son verbatim, l'observance du programme, stimuler sa motivation et redéfinir les objectifs, ainsi que poursuivre l'éducation thérapeutique et planifier son suivi.

À terme l'objectif de ce programme sera de rendre pérenne le changement de comportement acquis durant la réadaptation respiratoire.

Exemple de machines de réhabilitation respiratoire présentes au CH de Loos-Haubourdin



Et chez le sujet âgé ?

La RR chez nos sujets âgés s'adresse surtout aux **patients BPCO**. La complexité de ces patients est la prise en charge non seulement de la maladie respiratoire chronique, mais aussi de la polypathologie fréquemment associée, ainsi que les différents syndromes gériatriques (3).

Cependant, plusieurs études ont montré **l'efficacité de la RR sur les patients BPCO âgés en termes d'amélioration de la tolérance à l'effort, de capacité fonctionnelle et de qualité de vie** (4)(5)(6)(7)(8).

L'étude Bennett COPD 2016 montre d'ailleurs que les bénéfices de la RR ne dépendent pas de l'âge (+/- 70 ans) (9).

En conclusion, la réhabilitation respiratoire est efficace quel que soit le lieu et tend à se diffuser. Il est prouvé qu'elle est efficace indépendamment de l'âge. Elle améliore la capacité fonctionnelle et la qualité de vie.

Pour l'Association des Jeunes Gériatres,

Dr Sandra BRISSART

Géiatre, Centre Hospitalier de Douai

Dr Said BENGHARRAZ

Pneumologue, Groupe Hospitalier Loos Haubourdin

1. <https://splf.fr/la-carte-de-la-readaptation-respiratoire/>.
2. Haute Autorité de Santé. Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive?. Saint-Denis La Plaine: HAS.
3. Sbg J. La réhabilitation respiratoire chez le sujet âgé.
4. Grosbois JM, Debeaumont D. Efficacité de la réhabilitation : quels résultats espérer chez le sujet âgé ? Rev Mal Respir Actual. 1 sept 2012;4(4):239-42.
5. Pulmonary rehabilitation response in elderly and younger patients with chronic obstructive pulmonary disease. | Turkish Journal of Geriatrics / Türk Geriatri Dergisi | EBSCOhost [Internet]. Disponible sur: <https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A9%3A3669353/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Agcd%3A94889073&crl=c>
6. Pulmonary Rehabilitation Improves Exercise Capacity in Older Elderly Patients with COPD - ScienceDirect [Internet]. [cité 25 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0012369215445313>
7. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention [Internet]. [cité 25 juin 2024]. Disponible sur : https://journals.lww.com/jcrjournal/abstract/2010/03000/effectiveness_of_outpatient_pulmonary.9.aspx
8. Guilleminault L, Rolland Y, Didier A. Particularités de la prise en charge non médicamenteuse de la BPCO chez les sujets âgés. Réhabilitation, sevrage tabagique, nutrition et éducation thérapeutique. Rev Mal Respir. 1 juin 2018;35(6):626-41.
9. Bennett D, Bowen B, McCarthy P, Subramaniam A, O'Connor M, Henry MT. Outcomes of Pulmonary Rehabilitation for COPD in Older Patients: A Comparative Study. COPD. avr 2017;14(2):170-5.

PRESTATAIRE D'OXYGÈNE : SOS OXYGÈNE

Quel est le rôle d'un prestataire d'oxygène ?

Nous sommes autorisés à exercer par l'Agence Régionale de Santé et sous la responsabilité d'un pharmacien qui est le garant des Bonnes Pratiques de Dispensation de l'Oxygène à Usage Médical (BPDOM Arrêté du 16/07/2015).

Cette présence est rendue obligatoire, car nous exerçons par dérogation au Monopole pharmaceutique existant en France ; l'oxygène, sous forme gazeuse, liquide ou administré par un DM étant un médicament.

Le Prestataire dispense l'oxygène au domicile des patients (ou en EHPAD) sur prescription médicale dans le respect des BPDOM (Les bonnes pratiques de dispensation d'oxygène à domicile) mais aussi de la LPP (Liste des Produits et Prestations Remboursables par l'Assurance Maladie). Au-delà de la fourniture du matériel, de la formation du patient (et de son entourage) à son bon usage, le prestataire répond à d'autres obligations comme (liste non exhaustive) la surveillance et la maintenance technique, le service d'astreinte téléphonique 24h/24 et 7 jours/7 ainsi que la gestion du dossier administratif.

L'ensemble des prestations techniques et administratives est à retrouver au sein de la LPP.

Le Gériatre peut-il prescrire une OLD (ou OLT) ?

Non, le Médecin gériatre ne peut pas prescrire une Oxygénothérapie à Long Terme (OLT).

Cependant, le Médecin gériatre a la capacité de prescrire une Oxygénothérapie à Court Terme (OCT) pour une durée maximale de 3 mois.

Des cas particuliers existent.

(LPP : 1158737 http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p_code_tips=1158737&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI).

La première prescription (ou prescription initiale) doit-elle toujours être réalisée par un Pneumologue ?

Dans le cadre d'une OCT (traitement d'une durée de 3 mois maximum), tous les médecins peuvent effectuer une prescription.

Dans le cadre d'une OLT, seuls les Pneumologues, les Médecins d'un centre de ressources et de compétences de la mucoviscidose, les Médecins d'un centre de compétences de l'hypertension artérielle pulmonaire ou les Pédiatres ayant une expertise en insuffisance respiratoire chronique de l'enfant (pneumo-pédiatre) peuvent rédiger cette première prescription. (La prescription initiale est valable pour

une durée de trois mois. Le renouvellement est réalisé trois mois après la prescription initiale puis chaque année).

À noter qu'en EHPAD, le médecin coordonnateur est habilité à renouveler une OLT, après avis du médecin prescripteur.

Toutes nos prescriptions sont validées, a priori, par nos pharmaciens au sein de chaque agence.

Quelles sont les modalités de prescription ?

Le traitement par OCT est valable pour une période maximale de 3 mois. L'OCT est indiquée dans l'insuffisance respiratoire transitoire en attendant la résolution de l'épisode d'insuffisance respiratoire ou le passage à l'oxygénothérapie à long terme. La prescription initiale est valable pour une durée d'un mois, renouvelable deux fois. Au-delà de trois mois de traitement, un avis spécialisé doit être sollicité.

Le traitement par OLT est assuré après accord préalable et valable pour une durée de 3 mois, son renouvellement est réalisé 3 mois après la prescription initiale puis chaque année.

La prescription médicale doit préciser : la nature de la source d'oxygène, le type de concentrateur, la nécessité éventuelle de fournir des bouteilles d'oxygène gazeux en tant que source mobile pour permettre la déambulation, le débit d'oxygène en L/min, la durée d'administration quotidienne, l'interface d'administration de l'oxygène (lunettes ou masque) et les accessoires, si nécessaire.

Pour le renouvellement, et sa prise en charge, d'autres critères sont nécessaires (Gaz du sang, test de marche...).

Se référer à la LPP pour plus de détails.

Lorsqu' un patient est hospitalisé, comment peut-on vous contacter afin d'envisager la sortie ?

Nos agences restent joignables 24h/24 7j/7 et le numéro est à retrouver sur tous nos dispositifs médicaux ainsi que dans le livret remis à chaque patient lors de son installation (conseils, rappels sur autonomie, déplacements, formalités, sécurité...).

Y-a-t-il un suivi ensuite de nos patients à domicile : réévaluation, lien avec le pneumologue, ligne directe pour que les patients vous contactent ?

Les équipes (pharmacien, technicien, administratif...) restent joignables à tout moment pour répondre aux besoins techniques et administratifs du patient et de son entourage.

Nous répondons scrupuleusement aux attentes de la LPP et des BPDOM selon le traitement prescrit :

Pour une OCT : après la visite initiale, où les conditions d'installation sont scrupuleusement contrôlées et le patient formé et informé, une visite technique de suivi est programmée dans les 1 à 3 mois ou pour une modification de traitement.

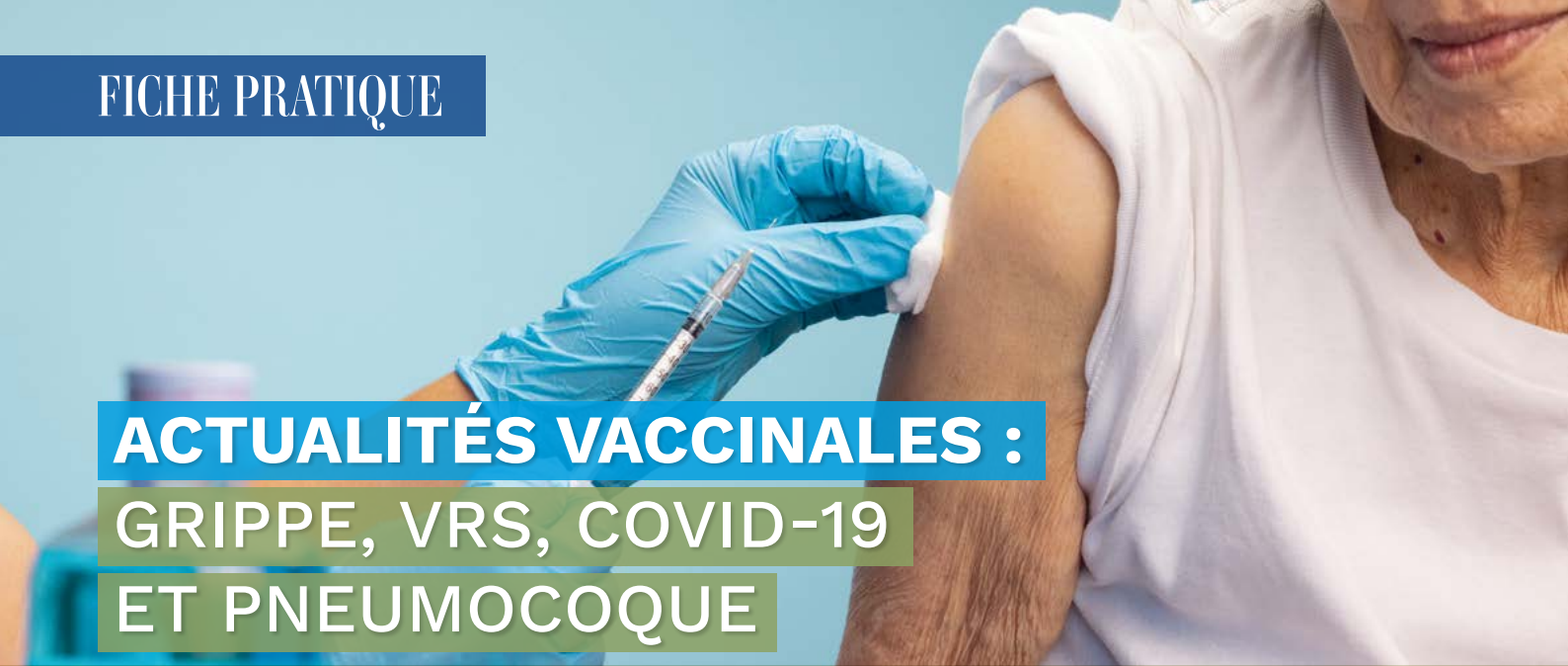
Pour une OLT : après la visite initiale, où les conditions d'installation sont scrupuleusement contrôlées et le patient formé et informé, une visite technique de suivi est programmée dans un délai de 1 à 3 mois, puis une visite tous les 3 à 6 mois ou pour une modification de traitement.

Le pharmacien, en charge des BPDOM, réalise une analyse de risques, qui lui permettra, ou non, de se déplacer au domicile du patient afin, entre autres, de renforcer, relayer et mieux argumenter le bénéfice d'une bonne observance du traitement.

Toute anomalie, inobservance, mésusage (mais aussi patient fumeur, difficultés cognitives, etc.) sont rapidement remontées et font l'objet de traitement immédiat, sous la responsabilité de notre pharmacien et en lien constant avec le médecin prescripteur.

Note : Les réponses ont pour objectif d'apporter des premiers éléments d'informations. Il est cependant nécessaire de se référer à la LPP (<https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/LPP-06062024.pdf>) et aux BPDOM (https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-08/ste_20150008_0000_0126.pdf) pour disposer de l'ensemble des spécificités.

Interview de
M. Sebastien THUBET
Responsable marketing pour le prestataire
SOS oxygene, pour l'AJG



ACTUALITÉS VACCINALES : GRIPPE, VRS, COVID-19 ET PNEUMOCOQUE

Introduction

Selon les projections démographiques, la part des 75 ans et plus dans la population française devrait significativement augmenter représentant jusqu'à 15 % en 2060. Il existe une hétérogénéité de patients, ce qui les rend inégaux face au risque infectieux. En effet, les personnes âgées fragiles ou dépendantes sont non seulement plus à risque de contracter une infection que les personnes âgées vigoureuses, mais aussi plus à risque de présenter des complications graves en cas d'infection, cette infection pouvant déclencher la cascade gériatrique.

Les raisons de cette susceptibilité accrue des personnes âgées incluent des phénomènes intrinsèques, comme l'immunosénescence, diverses altérations anatomiques et physiologiques liées au vieillissement, mais aussi la malnutrition et les comorbidités. Il existe d'autres phénomènes « extrinsèques » pouvant influencer le risque tel que le lieu de vie, les hospitalisations récentes, le port de matériel étranger type pacemaker, TAVI ou sonde vésicale.

Le risque infectieux respiratoire représente la 1^{ère} cause d'infection, 1^{ère} cause d'hospitalisation et 1^{ère} cause de décès chez les patients de 85 ans et plus. Afin d'éviter la prise en charge curative complexe par des anti-infectieux (modification PK/PD, adaptation posologie, etc.), la prévention primaire par l'usage de la vaccination semble être le moyen le plus efficace pour lutter contre les infections et leurs complications. De nombreux travaux montrent également les bénéfices sur les complications non-infectieuses, notamment les maladies cardio-vasculaires, endocrino-métaboliques et plus largement sur le risque de perte d'autonomie.

Quelles sont les actualités et nouveautés vaccinales pour la saison 2024-2025 ?

Grippe

L'infection épidémique grippale et les formes sévères touchent principalement les patients porteurs de maladies chroniques et notamment les patients âgés de 65 ans et plus. En effet, il est remarqué que les principales conséquences sont une durée d'hospitalisation allongée (supérieure 10 jours) chez les plus de 80 ans et les complications extra-pulmonaires, notamment neurologiques qui sont multipliées par 8 et cardio-vasculaires par 10. Malgré une immunogénicité réduite du vaccin grippal chez la personne âgée, des études cliniques aux méthodologies très hétérogènes indiquent une efficacité significative de la vaccination antigrippale vis-à-vis

de la prévention des décès liés à la grippe. La couverture vaccinale contre la grippe des sujets de 65 ans stagne actuellement autour de 54 % en 2023. L'objectif, tant au niveau national qu'international, est d'atteindre 75 % de couverture vaccinale dans cette population.

Une vaccination tous les ans contre la grippe est recommandée pour toutes les personnes de 65 ans et plus. En 2024-2025 : pas de vaccin haute dose antigrippal disponible en France, d'autres vaccins quadrivalents peuvent être utilisés (Flurax Tetra, Vaxigrip Tetra, Influvac Tetra).

Covid-19

Après 65 ans, le risque de développer une forme sévère est multipliée par 6 et jusqu'à 15 après 80 ans. De même, certaines comorbidités (cardio-respiratoire, néphrologique) augmentent fortement le risque d'admission en USI ou de décès. C'est dans ce contexte que la Haute Autorité de Santé a préconisé que les deux campagnes de vaccination contre le Covid-19 et contre la grippe soient menées de manière conjointe à partir d'octobre 2023. Il n'y a pas de délai minimal à respecter entre une vaccination contre la grippe et une vaccination contre le Covid-19. Ainsi, compte tenu du taux moyen d'efficacité de 90 % contre les formes graves, la vaccination contre le Covid-19 est très fortement recommandée.

À partir de 80 ans, un rappel contre le Covid-19 est recommandé, 2 fois par an, au printemps et à

l'automne. Entre 65 et 79 ans, un rappel est recommandé tous les ans à l'automne. Ces personnes pourront recevoir une dose de vaccin Covid-19 à partir de 3 mois après la dernière injection ou infection au SARS-CoV-2. Pour cette vaccination, les vaccins à ARN messenger (ARNm), adaptés au variant XBB.1.5 (sous-variant d'Omicron) étaient recommandés en 1^{re} intention, quel que soit le vaccin administré précédemment. Le vaccin à ARN messenger monovalent Comirnaty omicron XBB.1.5 de Pfizer/BioNTech était disponible. En alternative à ce vaccin à ARNm, pour les personnes qui ne souhaitent pas et celles qui ne pouvaient pas en bénéficier (contre-indications), il était possible d'utiliser en rappel des vaccins VidPrevtyn Beta de Sanofi et Nuvaxovid de Novavax.

VRS

Une revue de la littérature, non exhaustive et non systématique, montre une hétérogénéité des données disponibles au sujet du fardeau lié aux infections à VRS. Cela peut s'expliquer par les différents critères cliniques et diagnostiques utilisés, les fluctuations de l'activité virale d'une année à l'autre, ainsi que, en pratique, le fait que les tests diagnostiques du VRS

ne sont pas systématiquement effectués chez les adultes ayant des symptômes respiratoires.

Aucun vaccin contre le VRS n'est encore aujourd'hui recommandé en France chez les sujets de 60 ans et plus. En attente de recommandation par la Haute Autorité de Santé et de remboursement.

Pneumocoque

En France, le risque d'infection invasive à pneumocoque augmente avec l'âge. Il est multiplié par cinq entre 70 à 79 ans, par douze après 80 ans. L'incidence est dix fois plus élevée en Ehpad que pour des patients du même âge à domicile, soit 1 épisode pour 1000 jours-résident. Par ailleurs, l'impact direct sur l'autonomie avec un déclin de 10 % dans les activités quotidiennes et un surcoût annuel important lié à la maladie et ses complications (hospitalisation, services médicaux, paramédicaux, les traitements et les transports). Malgré des études récentes montrant un impact sur la réduction de près de 10 % des hospitalisations pour pneumopathies aiguës communautaires, le taux de vaccination anti-pneumococcique reste inférieur à 5 %.

Pour les adultes à risque élevé d'infection invasive à pneumocoque non antérieurement vaccinés : 1 dose de VPC13 ; suivie d'1 dose de VP23 huit semaines plus tard.

Pour les vaccinés depuis plus d'un an avec VP23 : 1 dose de VPC13. Revaccination par VP23 avec un délai d'au moins cinq ans après le dernier VP23.

Pour les vaccinés antérieurement avec la séquence VPC13-VP23 : 1 dose de VP23 avec un délai d'au moins cinq ans après le dernier VP23.

Parmi les nouveautés 2024-2025 à paraître, dès que les recommandations seront applicables par l'usage du PREVENAR 20 (VPC20) avec une dose unique en cas de primo-vaccination, Les personnes ayant reçu la séquence VPC13-VP23 pourront recevoir 1 dose de VPC20 en respectant un délai minimal de 5 ans après la précédente injection de VP23. Pour les personnes n'ayant reçu antérieurement qu'une seule dose de VPC13 ou VP23 : une seule dose de VPC20 si la vaccination antérieure remonte à plus d'un an.

Conclusion

L'hésitation vaccinale est identifiée comme une des menaces sanitaires des prochaines décennies en raison du risque de résurgence de pathogènes contrôlés antérieurement. Ainsi, de nouvelles stratégies doivent être pensées dans un contextes politique et sanitaire. Ainsi, la co-administration de vaccins concernant trois virus proches sur les plans épidémiologiques et cliniques peut être discutée en raison du déficit majeur de solutions thérapeutiques curatives. Le rôle d'exemples des professionnels de santé et l'accès par le pharmacien à la stratégie vaccinale peuvent permettre de faire adhérer le patient âgé.

Pour l'AJG
Dr Cyprien ARLAUD
 Gériatre
 CHU Grenoble Alpes

Bibliographie

- Lang P.O., Govind S., Bokum A.T., Kenny N., Matas E., Pitts D., et al. Immune senescence and vaccination in the elderly. *Current Topic in Medicinal Chemistry*, 2013; 13(20): p. 2541-2550.
- Yao X., Li H., Leng S.X. Inflammation and immune system alterations in frailty. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2011; 27(1): p. 79-87.
- Franceschi C., Capri M., Monti D., Giunta S., Olivieri F., Sevini F., et al. Inflammaging and anti-inflammaging: a systemic perspective on aging and longevity emerged from studies in humans. *Mechanisms of Ageing and Development*, 2007; 128: p. 92-105.
- Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Vaccination des personnes âgées : recommandations. Paris: HCSP ; 2016.
- Castle S.C., Uyemura K., Rafi A., Akande O., Makinodan T. Comorbidity is a better predictor of impaired immunity than chronological age in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2005; 53: p. 1565-1569.
- Loeb M. Epidemiology of community- and nursing home-acquired pneumonia in older adults. *Expert Review of Anti-infective Therapy*, 2005; 3(2): p. 263-70.
- Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Infections à pneumocoque : recommandations vaccinales pour les adultes. Paris : HCSP ; 2017.
- Centre national de référence du pneumocoque (CNRP). Rapport d'activité 2016. *Epidémiologie* 2015. Paris : CNRP ; 2016.
- Kobayashi M, et al. Association of Pneumococcal Conjugate Vaccine Use With Hospitalized.
- Pneumonia in Medicare Beneficiaries 65 Years or Older With and Without Medical Conditions, 2014 to 2017. *JAMA Intern Med.* 2023 Jan 1;183(1):40–7.
- Hamza S.A., Mousa S.M., Taha S.E., Adel L.A., Samaha H.E., Hussein D.A. Immune response of 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccinated elderly and its relation to frailty indices, nutritional status, and serum zinc levels. *Geriatrics and Gerontology International*, 2012; 12(2): p. 223-229.
- Sagawa M., Kojimahara N., Otsuka N., Kimura M., Yamaguchi N. Immune response to influenza vaccine in the elderly: association with nutritional and physical status. *Geriatrics and Gerontology International*, 2011; 11(1): p. 63-68.
- Bonmarin I., Belchior E., Lévy-Bruhl D. Impact of influenza vaccination on mortality in the French elderly population during the 2000-2009 period. *Vaccine*, 2015; 33(9): p. 1099-1101.
- Etude EPI-PHARE publiée le 11/10/2021.
- AuvigneV, et al . Severe hospital events following symptomatic infection with Sars CoV 2 Omicron and Delta variants in France, December 2021 Jan uary 2022: A retrospective, population based, matched cohort study.
- *EClinicalMedicine* . 2022 Jun;48:101455. doi : 10.1016/j. eclinm.
- Réseau Sentinelles. Bilan d'activité 2021. Janvier à décembre 2021. Paris; 2022.
<https://www.sentiweb.fr/document/5740>

4^{èmes} JOURNÉES ANNUELLES DES JEUNES GÉRIATRES (JAJG)



Cette année nos JAJG se sont déroulées sur 2 jours les 11 et 12 avril 2024 dans la belle ville ensoleillée de Strasbourg. Un programme aussi riche et varié qu'une choucroute nous attendait avec plusieurs sessions dont vous trouverez le résumé ci-dessous.

Session 1 : La Maladie à Corps de Lewy (MCL)

Intervention 1 : Pr BLANC, neurologue-gériatre (Strasbourg) : signes prodromaux et co-lésions

La maladie à corps de Lewy (MCL) est la deuxième maladie neurodégénérative après la maladie d'Alzheimer. Elle reste **largement sous-diagnostiquée** et pourtant les critères diagnostiques sont cliniques.

On évoque une **MCL prodromale** devant les critères suivants :

- ➔ Un trouble neurocognitif léger avec une atteinte des fonctions exécutives, visuospatiales et visuoconstructives ;
- ➔ Et 2 des 4 critères majeurs parmi :
 - Les fluctuations cognitives et/ou vigilance ;
 - Les hallucinations visuelles ;
 - Les troubles du comportement en sommeil paradoxal ;
 - Un syndrome parkinsonien (une seule caractéristique suffit).

Par ailleurs, les études de neuropathologie nous montrent que plusieurs protéinopathies peuvent cohabiter. Il existe 50 % de corps de Lewy chez les patients Alzheimer et 40 % de lésions TDP43 (Robinson et al, Brain 2021) : *recherchons les Co-lésions !*

Intervention 2 : Drs Jomard (Monts du Lyonnais) et Ravier (Strasbourg), gériatres : quels symptômes ? Quels traitements ?

Actuellement, il n'y a pas de traitement qui permet de modifier le cours de la MCL, mais de nombreux **traitements symptomatiques** sont disponibles pour le gériatre. Les molécules à maîtriser sont les suivantes :

Les IACHE avec le DONEPEZIL qui a montré une efficacité dans le traitement des fluctuations cognitives et des hallucinations.

Pensons à vérifier les contre-indications cardiologiques avec la réalisation d'un ECG. Sa tolérance est correcte avec la possibilité d'avoir des troubles fonctionnels intestinaux à l'initiation du traitement.

La MELATONINE en libération immédiate en préparation magistrale agit avec une bonne efficacité sur les troubles du comportement en sommeil paradoxal sans effet secondaire majeur.

La CLOZAPINE, antipsychotique atypique débuté à 6.25 mg par jour en préparation magistrale permet de traiter les phénomènes psychotiques de type

hallucinations et idées délirantes envahissantes. Une surveillance de la NFS hebdomadaire est nécessaire pendant 18 semaines.

Les traitements ci-dessus n'ont, la plupart du temps, pas bénéficié d'études scientifiques spécifiques de la MCL mais sont prescrits par extension de validation de la maladie de Parkinson.

Intervention 3 : Dr Kaczorowski : intérêt d'un nouveau test diagnostic : RTQuick alpha synucléine

La **RTQuick alpha synucléine** est un examen biologique en cours de développement qui permet de mettre en évidence grâce à sa propriété Prion-like, l'alphasynucléine mal conformée au niveau du LCR. Ce test diagnostic sera à terme d'une grande aide pour le diagnostic des patients avec synucléinopathie. La sensibilité est de 80 % et la spécificité de 100 %.

Session 2 : De la bouche à l'estomac : les bons tuyaux

Santé bucco-dentaire et réduction des risques du patient âgé

Dr Florence FIORETTI (Strasbourg)

Les dents ont un rôle extrêmement important pour la mastication et la déglutition

Le Docteur Fioretti commence par nous rappeler qu'une mauvaise occlusion bucco-dentaire (moins de 6 contacts inter-arcades mandibulaire et maxillaire) est un facteur prédictif de malnutrition.

Également, une personne âgée autonome qui présente moins de 10 dents ou 1 seul couple molaire /prémolaire est plus à risque de dénutrition mais aussi d'obésité.

Une occlusion fonctionnelle, même diminuée, augmente l'espérance de vie.

Des prothèses dentaires adaptées donnent un meilleur état nutritionnel ; une personne âgée édentée et non appareillée à un risque de mortalité plus élevée.

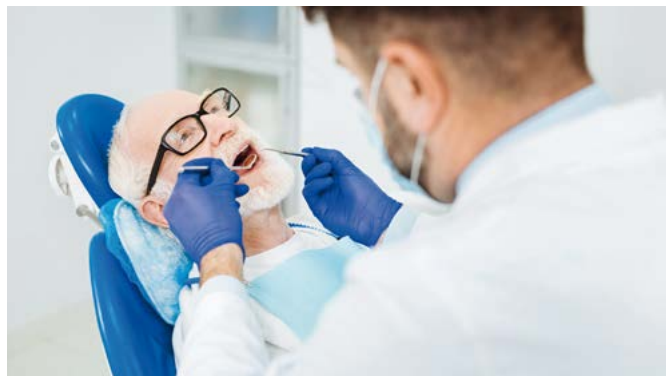
Réduire le risque de dénutrition par la qualité de l'occlusion

Il faut donc prévenir les atteintes dentaires :

- Contrôle régulier chez le dentiste.
- Réduire le risque de parodontite par une hygiène orale de qualité.
- Réduire le risque carieux par l'hygiène orale et hygiène diététique.

Rétablir une occlusion stable et confortable :

- Prise en charge de la maladie parodontale au long cours, avec un suivi régulier.
- Restaurer toutes les pertes dentaires.
- Remplacer systématiquement les édentements après toute extraction dentaire.
- Réhabiliter les prothèses dentaires abîmées, même si elles sont encore fonctionnelles.



Réduire le risque de dénutrition en prenant en charge l'hyposialie

La prévalence est de 30 % chez les patients de plus de 65 ans, il existe toute une famille de pathologie et de médicaments entraînant une xérostomie.

L'hyposialie entraîne une augmentation du risque carieux, c'est une cause mais aussi une conséquence de la dénutrition.

Comment traiter ?

- Technique de stimulation salivaire : chewing-gum, succion de bonbons (le tout sans sucre et contenant du fluor).
- Médicament stimulant la sécrétion salivaire : uniquement quand une activité sécrétoire existe (exemple : SULFARLEM) mais EI et CI nombreux.
- Substituts salivaires sous forme de pastilles, gel, sprays mais coût élevé et durée d'efficacité limitée.
- Prévenir les lésions carieuses par hygiène alimentaire et orale.

Réduire le risque d'infections bucco-dentaires

qui sont source de douleur, de déséquilibre de diabète, d'endocardite mais aussi d'aggravation de la Maladie d'Alzheimer, de Pneumopathie par aspiration, de fausse route.

- Dépistage important.
- Promotion du contrôle de la plaque dentaire au quotidien, de manière adaptée à la fragilité et la dépendance du patient.
- Rôle des soignants et des aidants très important, avec différentes possibilités d'accéder à la cavité buccale (compresse imbibée de dentifrice ou solution bain de bouche fluoré).

En conclusion : Les pathologies bucco-dentaires des patients âgés ont une importante prévalence et sont étroitement liées au risque de dénutrition et de mauvaise qualité de vie, alors que de simples mesures préventives et de dépistage existent. La prise en charge gériatrique et odontologique doit être étroitement liée.

Déglutition et textures : Stop au tout Mixé

Virginie RUGLIO, orthophoniste (Paris)

Cette présentation, comme son nom l'indique, a pour but de casser quelques codes.

Édentement = mixé ?

FAUX !

Un édentement progressif entraîne une perte du volume des dents, puis des os avec une kératinisation des gencives. Pour continuer à obtenir une bonne occlusion et favoriser la déglutition, l'angle mandibulaire augmente (pseudo-prognathisme).

La mastication est efficace et donc, il n'y a pas besoin d'adapter le régime.

Attention, il faut veiller à une quantité de salive suffisante.

Si au contraire le régime est adapté « par précaution », sans pouvoir entraîner ses réflexes de mastication et de déglutition, on risque de perdre en qualité de vie, perte fonctionnelle et nutritionnelle, mais aussi en cognition.

Mixé = pas d'étouffement ?

FAUX !

Les solides modifiés sont plus à risque d'obstruction et aussi plus difficiles à expulser.

Manger main = mixé OU purée moulée ?

Mixé !

Utile pour les patients ayant des troubles neurocognitifs évolués, ou incapables d'utiliser les couverts, mais identique à un plat de texture lisse.

- Pas de pain de mie avec le régime mixé.

Mixé = eau gélifiée et/ou boissons épaissies systématiques ?

FAUX !

Il existe plusieurs dysphagies pour 1 seul patient, il faut donc personnaliser le régime selon les troubles. Eaux gélifiées = prêtes à l'emploi donc pas possible d'adapter la consistance.

Eau gélifiée/boissons épaissies = pas de fausse route ?

FAUX !

C'est même un facteur de risque de Pneumopathie par inhalation et par obstruction.

Alors quelles sont les « bonnes » pratiques ?

- Souffle suffisant.
- Bouche humide et propre.
- Installation, techniques d'aide et supervision adaptées au patient.
- Rythme adapté.
- Ne pas oublier la galénique des médicaments !
- Dépistage par médecin ou IDE formée, adaptation de l'alimentation = soin thérapeutique, prescrit par un médecin.
- Pluri-professionnel = ne pas hésiter à faire appel à des orthophonistes, médecins spécialisés.
- Le risque zéro de fausses routes n'existe pas !
- Respect de l'autonomie du patient, rechercher le consentement, collaboration et codécision avec le patient et les aidants, décisions collégiales et tracées.

Session 3 : Malaise du sujet âgé : origine électrique ou cardiaque ?

Origine électrique ?

Dr Benjamin Cretin, neurologue à Strasbourg

Le Dr Cretin nous rappelle sur cette session que l'épilepsie est aussi et surtout une pathologie du sujet âgé ; la courbe d'incidence de Rochester montre une réascension de l'incidence à partir de 50 ans et surtout à partir de 70 ans. Plus on avance en âge, plus le risque de faire de l'épilepsie augmente (7 % chez les hommes après 80 ans).

3 situations se dégagent :

1^{ère} situation : le diagnostic clinique est clair et limpide

Le malaise est typique, la sémiologie est identique d'une crise d'épilepsie que je retrouve dans les livres. L'EEG peut être réalisé dans la foulée mais il peut ne pas être contributif : chez le sujet âgé, la Se est <30 %, la Sp est meilleure à 70-80 % mais imparfaite.

Il faut retenir que la sémiologie est souveraine dans la démarche diagnostique, ce qui implique de connaître la sémiologie des crises lobaires et généralisées.

D'ailleurs, la définition de l'épilepsie par la Ligue internationale est : 2 crises à plus de 24h d'intervalle.

Le diagnostic est donc clinique, pas besoin d'examens complémentaires !

2^{ème} situation : la sémiologie est atypique et évoque autre chose

Il faut donc :

- Rechercher des antécédents : AVC, neurochirurgie, migraine, traumatisme crânien à tout âge, antécédents périnataux, familiaux d'épilepsie, retard scolaire.
- Rechercher un « signal-symptôme » : c'est le symptôme qui fait entrer dans la crise épileptique à chaque fois (paresthésie, clonies distales, aura épigastrique, sensation de déjà-vu, ...).
- Est-ce qu'il y a déjà eu des malaises similaires auparavant, surtout survenus en cluster.

- Rechercher des facteurs favorisants : hyperthermie, stress, fatigue, dette de sommeil, introduction d'un traitement épileptogène (opioïde par exemple).
- Voir des facteurs déclenchants : stimulation sensorielle, activité cognitive, mouvement, musique...

Si l'EEG est atypique, on débutera un traitement antiépileptique = traitement d'épreuve.

Notons que le traitement est efficace dans 75 % des cas chez les patients âgés.

3^{ème} situation : sémiologie atypique, EEG, imagerie et interrogatoire ne sont pas contributifs

Situation non rare chez les patients âgés ! que faire ?

- Rechercher des crises nocturnes typiques (énurésie, agitation nocturne, errance nocturne, réveils paroxystiques avec oppression, confusion ou automatisme moteur, généralisation de fin de nuit).
- Rechercher une hyperexcitabilité du SNC : myoclonies, réapparition ou apparition d'aura migraineuse, exacerbations sensorielles (olfactives, visuelles, phoniques).

On peut discuter l'intérêt d'un EEG vidéo prolongé en unité d'épileptologie (mais délais longs !) ou une scintigraphie cérébrale (mais interprétation difficile).

Le traitement d'épreuve antiépileptique peut aussi être introduit.

En conclusion : Quelque soit les situations, la clinique est souveraine. L'EEG et l'imagerie ont une place relative. Le traitement d'épreuve joue une place centrale, mais ne doit pas se faire sans travail clinique.

Origine cardiaque ?

Dr Pierre Baudinaud, cardiologue, Paris

L'incidence des syncopes augmente avec l'âge, entre 1 et 5 % des consultations aux urgences, 75 % ont plus de 65 ans.

Syncope = trouble de conscience avec hypotonie et perte du tonus postural, début brutal et rapide, spontanément régressif.

2 types d'étiologies

- Extra-cardiaque : Hypotension orthostatique, vaso-vagale, réflexe sino-carotidien.
- Cardiaque d'ordre rythmique : trouble de conduction AV, dysfonction sinusale, trouble du rythme Ventriculaire.
- Cardiaque non rythmique : IDM, EP, Dissection, tamponnade, RAO serré, CMH.

Le pronostic dépend de l'étiologie de la syncope : origine CAV = mortalité 2x plus élevée. L'hypotension orthostatique est aussi de mauvais pronostic chez le patient âgé.

Quel Interrogatoire : Vraie perte de connaissance ? Connaître la position et effort éventuel, rechercher les prodromes et symptômes CAV, la durée, éventuelle cardiopathie sous-jacente connue ou mort subite familiale.

L'interrogatoire du témoin est très importante car 10 % des patients oublient la syncope.

Cliniquement, on recherchera la présence d'un souffle cardiaque, des signes d'insuffisance cardiaque et des conséquences de la syncope (fracture, Traumatisme crânien, hématome sous-dural...).

Bilan biologique : Non systématique ou si station au sol prolongée, les D-dimères sont à effectuer si syncope inexpliquée (EP retrouvés dans 17 % des cas).

ECG systématique

Examens complémentaires

- Recherche hypotension orthostatique (systématique !).
- Patient hospitalisé télémétré.
- Quid du HolterECG ? toujours réalisé si > 1 syncope/semaine mais examen très peu sensible surtout si le patient ne syncope pas souvent.
- ETT.
- Exploration Electrophysiologique +/-SVP si troubles de conduction sous-jacent à l'ECG de repos, bradycardie, palpitation avant syncope.

Indication du Pacemaker

- Dysfonction sinusale s'il y a corrélation électro-clinique certaine.
- Trouble de conduction de haut degré.
- Pause > 6 sec sans symptômes = recommandation de grade IIb.
- Bloc bifasciculaire + bloc infrahissien spontané ou après stimulation atriale ou pharmacologique.
- Se discute si bloc bifasciculaire sans EEP et patient à haut risque (fragile, syncope récidivante, syncope compliquée).

37 % des syncopes restent inexpliquées → moniteur cardiaque implantable (durée de vie environ 3-4 ans).

Holter ECG et Intelligence Artificielle

Sensibilité de 75 à 80 % et Spécificité de 70 à 85 % pour détecter un trouble de la conduction.

Session 4 : La déprescription, tout un art

Intervention 1 : Dre Manon Vranckren, pharmacien à l'ARS Grand-Est OMEDIT Grand-EST : quelles missions et quels travaux pour accompagner la démarche de déprescription médicamenteuse ?

L'Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT) de la région Grand-Est a plusieurs missions dont

le bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux et la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

Dans le domaine de la déprescription médicamenteuse, les sciences humaines et sociales (SHS) peuvent apporter des clés pour comprendre les comportements que vont développer les patients au quotidien. Appréhender les facteurs sociocultu-

rels pouvant influencer sur la santé et la prise en charge d'un patient est un enjeu important. Les SHS nous apprennent qu'il peut exister une hiérarchisation des traitements avec un effet sur l'observance. Ou encore que le médicament est un objet social, que le lieu de rangement des boîtes de médicaments en disent long sur l'importance qu'on lui accorde, etc.

Il existe de nombreux outils et travaux sur la déprescription (stopp-start, la liste de Laroche, etc.). Néanmoins, déprescrire reste complexe du fait de réticences ou difficultés (manque de temps, de formations, comportements ancrés, représentations négatives et crainte d'un sentiment d'abandon de soin, crainte de voir resurgir des symptômes).

L'OMEDIT réalise des travaux pour accompagner la mise en place et le suivi de la déprescription, en étudiant l'ensemble des aspects pouvant entrer en jeu : qu'ils soient cliniques, socio-anthropologiques, relationnels, etc.

Divers contenus ont été créés :

- Ordonnance de déprescription ;
- Carte de suivi d'une déprescription ;
- Infographie pour les professionnels « songer à la déprescription » ;
- Supports de communication avec le patient.

Vous pouvez les consulter ici : www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/boite-outils-pour-ma-pratique

Manon Vranckren nous rappelle les effets environnementaux des médicaments. Chaque étape du cycle de vie des médicaments (de la production à l'usage) peut engendrer de la pollution. 8 % des émissions de gaz à effets de serre en France seraient issus du système de soins, dont 55 % lié aux médicaments et aux dispositifs médicaux.

Intervention 2 : Pr Jean-Baptiste Beuscart, gériatre, Université de Lille

La déprescription, tout un art

En introduction, le Pr Beuscart nous incite à consulter www.eurosfordocs.fr/ pour s'assurer de l'absence de conflits d'intérêt des intervenants.

La déprescription vise les médicaments inappropriés (MPI). Parmi les prescriptions inappropriées, on recense l'overuse (absence d'indication), le *misuse* (présence d'une indication, mais mauvais médicament ou posologie inadaptée) et l'*underuse* (pas de traitement prescrit malgré une indication). La déprescription s'intéresse à l'overuse et au *misuse*.

Elle consiste en l'arrêt d'une prescription au long cours, après réévaluation par un médecin. Elle a le même poids juridique en termes de responsabilité que la prescription, d'où l'importance de la faire apparaître sur une ordonnance. La sécurité du patient est potentiellement engagée avec possiblement apparition ou réapparition de symptômes ou de troubles.

Stratégies de déprescription

Échelle isolée : Il s'agit d'arrêter un médicament au cours du suivi, après avoir vérifié les antécédents, les pathologies actives, en coopérant avec le pharmacien d'officine pour obtenir les antécédents de traitement les plus précises et diminuer le risque d'erreur. Son impact est limité car praticien-dépendant.

Échelle collective : Diffuser une culture de la déprescription. Plusieurs étapes :

- Définir une population cible : EHPAD, milieu hospitalier ou soins primaires.
- Choisir une classe médicamenteuse (ex : benzodiazépines ; neuroleptiques en EHPAD).
- Créer des alertes dans le système de données.
- Utiliser des algorithmes de décision validés (vous pouvez consulter www.deprescribing.org) avec une surveillance.
- Avoir des supports de communication pour les patients et les professionnels de santé.

Les barrières

Côté patient : La proposition d'arrêt d'un traitement vient souvent à l'encontre de ce qui leur a été seriné (« vous devez prendre ce traitement à vie »). Ils peuvent craindre la récurrence de symptômes ou de la maladie et les effets indésirables liés à l'arrêt du traitement.

- ➔ Comment faire ? Il faut prendre le temps d'informer, d'expliquer, afin de travailler en confiance, en détaillant le processus de déprescription et la possibilité de reprendre le traitement.

Côté médecin : Cela peut être perçu comme une remise en cause des compétences ou d'une certaine passivité.

- ➔ Comment faire ? S'appuyer sur l'apparition de syndromes gériatriques, sans remettre en cause la pertinence de la prescription quand elle a été faite.

Il est quoiqu'il arrive indispensable de travailler avec le médecin traitant.

Intervention 3 : Dr Hervé Javelot, pharmacien Effets anticholinergiques : comment évaluer et adapter les prescriptions ?

Un peu de pharmaco...

Effets anticholinergiques = effets antimuscariniques
= effets atropiniques = effets parasympatholytiques
+ augmentation relative du tonus sympathique.

Principaux effets périphériques :

- Mydriase => trouble de la vision.
- Inhibition de mouvements et de sécrétions => xérophtalmie, xérostomie, toux sèche, tachycardie, constipation.
- Inhibition de la contraction => rétention urinaire

Effets centraux : troubles cognitifs.

Échelle d'impregnation anticholinergique

La charge anticholinergique représente le poids des effets anticholinergiques dans une prescription. Il existe de nombreuses échelles de cotation anticholinergique qui permettent de coter chaque traitement et de déterminer la contribution relative de chaque ligne de prescription.

La plupart des échelles validées sont américaines. Le Dr Javelot nous présente l'échelle française dont la troisième mise à jour sort en 2024 puis une 4^{ème} en 2025-2026, qui devrait intégrer une pondération en fonction de la posologie (1).

À terme, l'objectif est de pouvoir intégrer ce type d'échelle dans un logiciel de prescription.

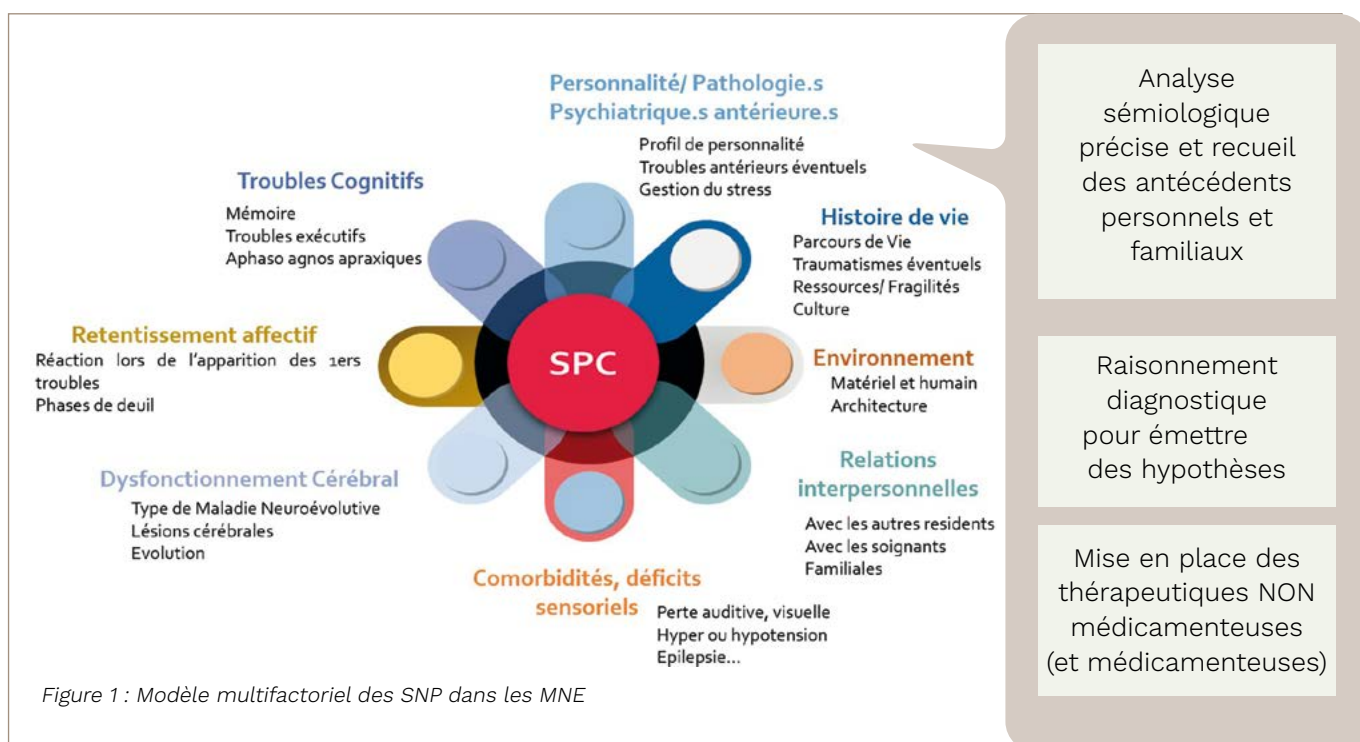
Session 5 : Analyse et soin des symptômes neuro-psychiatriques

Résumé de la session : Analyse et soins des symptômes neuropsychiatriques

- Blandine BUISSON et Gaëlle RICHARD, psychologues, équipe mobile maladie d'Alzheimer, hôpital des Charpennes, Villeurbanne.
- Dr Benoît Schorr, psychiatre de la personne âgée, CHRU de Strasbourg.

Après une introduction rappelant la fréquence des symptômes neuropsychiatriques (SNP) dans les maladies neuro-évolutives (MNE) (et notamment l'apathie,

l'anxiété, la dépression), Blandine et Gaëlle ont expliqué le modèle multifactoriel en cause dans la survenue de ces symptômes. Les SNP sont souvent à la croisée entre la personnalité antérieure de la personne, ses pathologies actuelles neurocognitives et/ou psychiatriques. Benoît a fait un focus sur la démarche psychiatrique permettant d'ajuster la meilleure solution possible (figure 1).



1. Anticholinergic scales : Use in psychiatry and update of the anticholinergic impregnation scale Encephale. 2022 Jun;48(3):313-324.

Une méthode efficace pour réaliser un état des lieux personnalisé consiste à respecter les étapes de la démarche DICE : **description, investigation, création, évaluation** (figure 2).

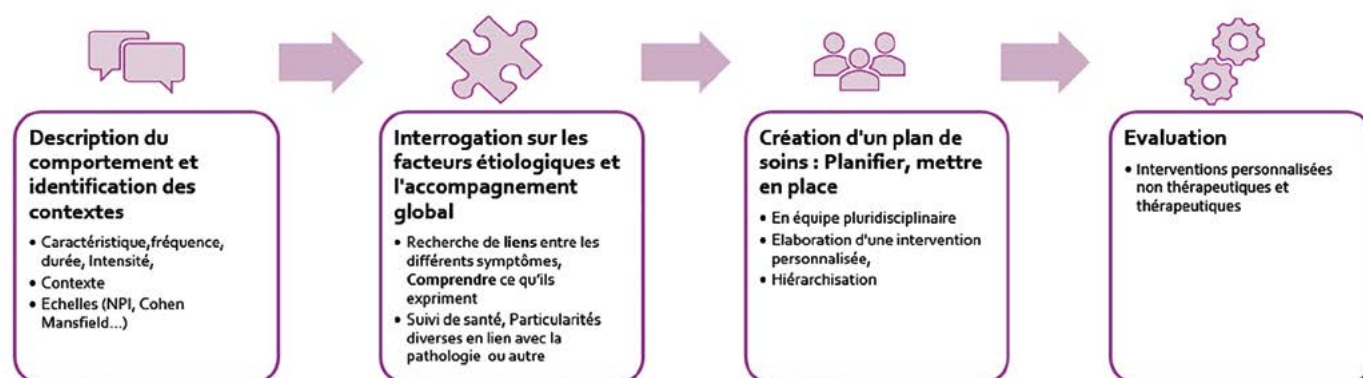


Figure 2 : Schématisation de la démarche DICE

Benoît nous a bien précisé que les médicaments n'étaient pas vraiment intéressants, efficaces et pas du tout prouvés comme apportant un bénéfice en cas de SNP « purs ». En revanche, en cas de pathologie(s) psychiatrique(s) sous-jacente(s), il pouvait avoir un réel intérêt avec un bénéfice pour la personne. Les exemples sont nombreux : *l'antidépresseur* en cas d'épisode dépressif caractérisé (ne pas oublier les masques dépressifs de la personne âgée), les thymorégulateurs en cas de bipolarité, les benzodiazépines (et notamment le Lorazepam) en cas de

catatonie (cf. gazette N°31) et des antipsychotiques en cas de troubles du spectre de la schizophrénie (en n'oubliant pas d'éliminer une maladie à corps de Lewy avant !).

Les vignettes cliniques interactives nous ont permis aussi de réaborder le difficile diagnostic de la catatonie en gériatrie mais aussi de revoir la sémiologie fine des hallucinations – idées délirantes permettant de ne pas traiter ce qui ne doit pas l'être ! (figure 3).

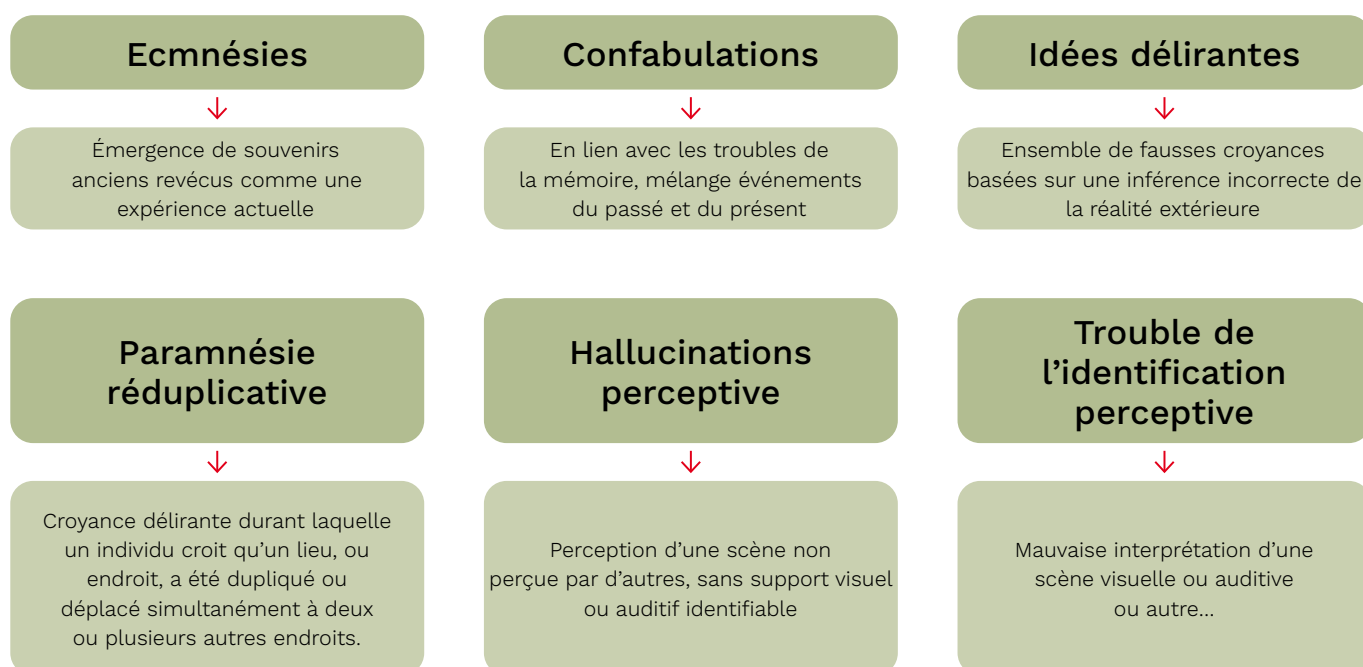
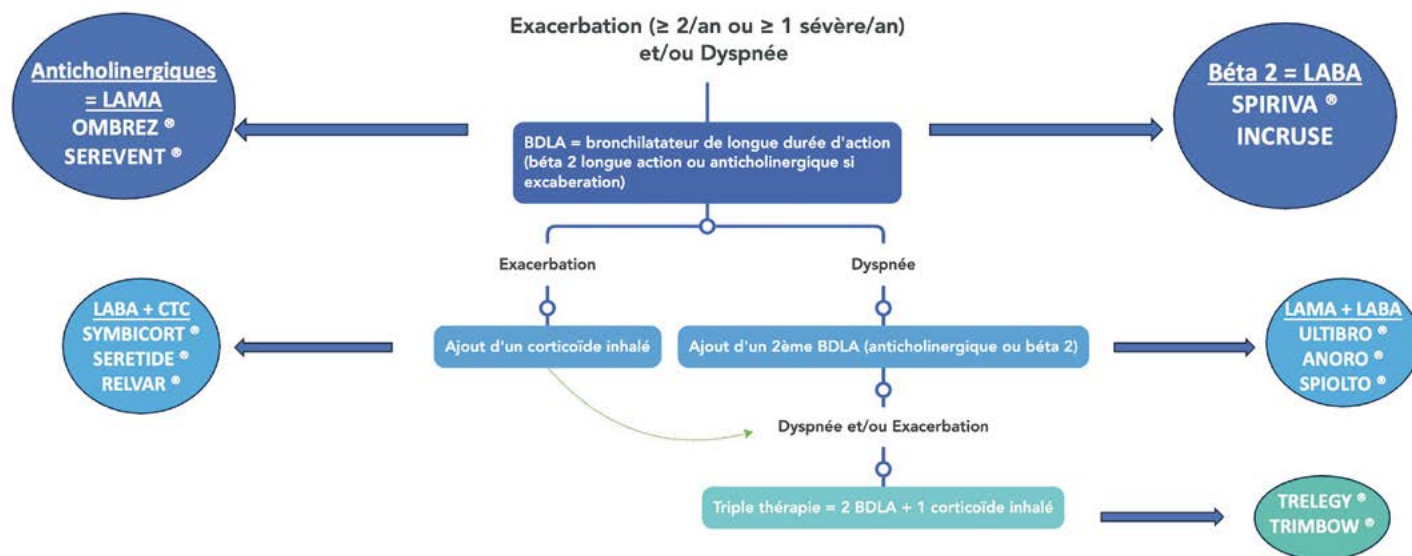


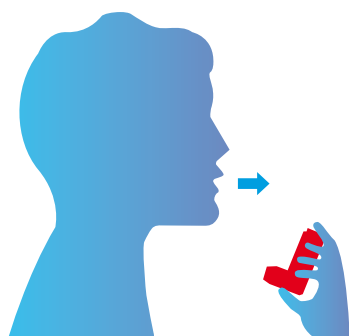
Figure 3 : Révision sémiologique dans le cadre des hallucinations et idées délirantes

Cette session pratique concernant les problématiques du quotidien de tout gériatre nous a confirmé l'indispensable démarche du raisonnement multidisciplinaire face à un trouble neuropsychiatrique et de discuter des solutions possibles, pas toujours médicamenteuses, où la compréhension de la personne et de ses manifestations reste la base d'un soin juste et personnalisé !

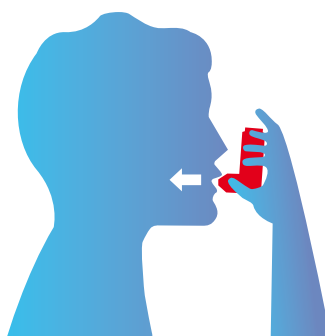
ALGORITHME THÉRAPEUTIQUE DE LA BPCO



Pour une meilleure technique de prise



Vider ses poumons en expirant profondément



Inspirer profondément le médicament contenu dans l'inhalateur



Retenir la respiration pendant 10 secondes

Les techniques de prise en vidéo : <https://splf.fr/videos-zephir/>



Des inhalateurs avec différentes caractéristiques...

	DPI						pMDI			SMI	Nébuliseur
	Breezhaler	Turbuhaler	Genuair	Handihaler	Diskus	Ellipta	pMDI seul	pMDI + chambre	BA-pMDI Autohaler	Respimat	Nébuliseur
Caractéristiques des patients											
Troubles cognitifs							 ^a				 ^a
Troubles dextérité/force manuelle							 ^a				 ^a
Difficulté de synchronisation											
Force inspiratoire faible											
Déposition oropharyngée											

BAUMBERGER M, Rev Med Suisse 2021 ; 17 : 1515-9

Zoom sur les chambres d'inhalation



Techniques d'utilisation

- Seulement avec les dispositifs pMDI (Cf. tableau cité).
- 1 inhalation à la fois.
- 5 à 6 respirations dans la chambre d'inhalation après utilisation du spray.

Selon les recommandations de la Société de pneumologie de langue française, actualisation 2021 (1).

Pour l'Association des Jeunes Gériatres
Dr Emma MULATO
 Chef de clinique en région de pneumogériatrie (novembre 2024)
 CHRU Lille, CH Douai

1. Zysman M, Ribeiro Baptista B, Soumagne T, Marques Da Silva V, Martin C, Thibault De Menonville C, et al. Optimisation du traitement médicamenteux des patients atteints de BPCO en état stable. Position de la Société de pneumologie de langue française. Actualisation 2021. Rev Mal Respir. mai 2021;38(5):539-61.

Bande-dessinée « Élémentaire, mon cher gériatre ! » (collaboration AJG / The Inklink)



Depuis son lancement et l'impression des 1000 premiers exemplaires en juin 2023, la bande dessinée « *Elémentaire, mon cher gériatre !* », qui vise à expliquer la Gériatrie aux soignants qui n'y sont pas formés, a été imprimée au total à plus de 7000 exemplaires :

- ➔ 3300 ont été commandés par des CHU pour leurs salariés, et des facultés de médecine pour leurs étudiants.

- ➔ 1500 ont été expédiés par l'AJG, partout en France, mais aussi au Québec, en Belgique et en Suisse. Cela correspond à près de 500 commandes individuelles venant notamment de professionnels de santé, hôpitaux, EHPAD, maisons de santé, centres de formation et étudiants en santé, librairies, bibliothèques universitaires, mais aussi d'aidants de personnes âgées.
- ➔ Nous poursuivons les expéditions sur commandes individuelles (via notre site web), et une diffusion large dans les instituts de formation des infirmières et aides-soignantes est prévue prochainement.

De nombreux centres hospitaliers ont utilisé les planches de bande dessinée et les textes explicatifs qui les accompagnent, sous forme d'affiches et d'expositions permanentes. De plus, une exposition itinérante est en cours : après plusieurs semaines au CHU de Bordeaux, elle va partir pour le CH de Toulon, puis le CHU de Toulouse. N'hésitez pas à nous faire part de votre souhait d'accueillir l'exposition temporaire dans votre centre, ou d'imprimer vos propres affiches ! (une seule adresse : elementaireajg@gmail.com).

Nous avons reçu de nombreux commentaires très positifs sur ce travail : merci à vous !

Radio AJG : la Gériatrie francophone

La 2^e saison de notre podcast est diffusée depuis octobre 2023. Nous vous proposons un voyage à travers la Gériatrie francophone, pour découvrir la formation, les modes d'exercices et la place de la spécialité au sein du paysage médical dans les différents pays.

Après la Belgique, le Québec, le Luxembourg, le Maroc et la Suisse, nous diffuserons les **épisodes sur la Tunisie et sur la France** pendant l'été. Retrouvez-les sur Youtube et Spotify !



LA CRYOBIOPSIE : UNE TECHNIQUE SÛRE ET EFFICACE POUR OBTENIR UN DIAGNOSTIC FACE À UNE PNEUMOPATHIE INFILTRANTE DIFFUSE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

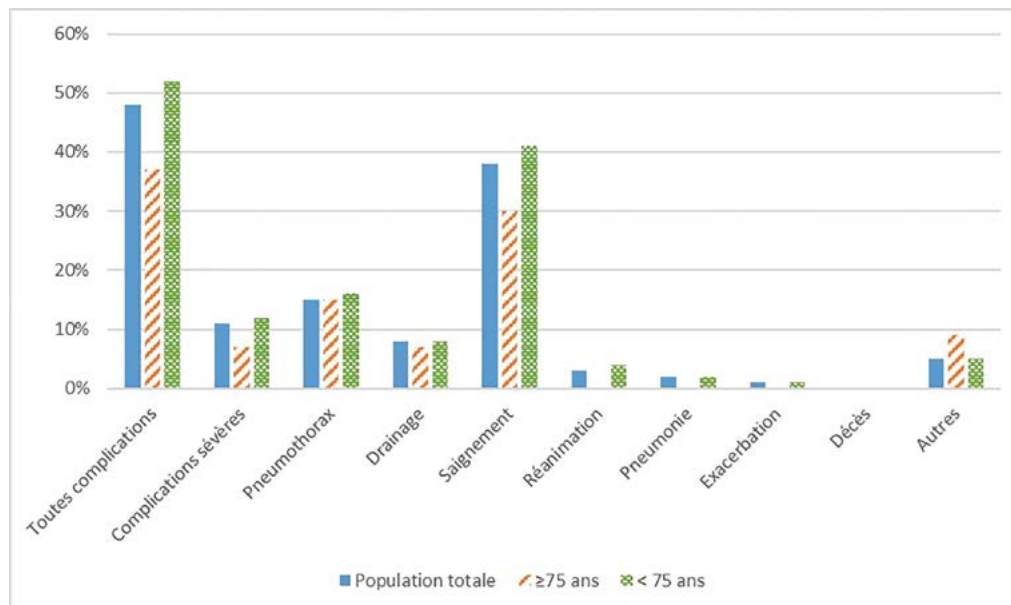
Les pneumopathies infiltrantes diffuses (PID) représentent un groupe hétérogène de pathologies, d'étiologies et de pronostics variés. C'est la raison pour laquelle une approche diagnostique globale est indispensable. Les données cliniques associées aux résultats du bilan biologique, en particulier auto-immun, et l'analyse fine du scanner thoracique permettent le plus souvent de porter un diagnostic en discussion multidisciplinaire (DMD).

Dans les cas où la DMD ne permet pas de porter un diagnostic avec confiance, l'obtention de prélèvements histologiques peut être nécessaire. Pour cela, si la biopsie pulmonaire chirurgicale était jusqu'alors le gold standard, la place de la cryobiopsie pulmonaire transbronchique a évolué ces dernières années, jusqu'à être proposée en première intention dans les dernières recommandations européennes (1).

La **cryobiopsie pulmonaire transbronchique** est une procédure endoscopique réalisée sous anesthésie générale. Une sonde d'environ 2 mm de diamètre, appelée « cryode », est placée dans le canal opérateur d'un endoscope. Un gaz à -80°C circule dans la cryode pendant quelques secondes, puis la sonde est retirée, permettant l'extraction d'un fragment de parenchyme pulmonaire congelé de quelques mm³. Après intégration des résultats histologiques dans une seconde DMD, elles permettent de poser un diagnostic dans plus de 80 % des cas dans les centres expérimentés (2). Ainsi, cette technique permet une analyse histologique de qualité, tout en étant associée à un profil de sécurité satisfaisant. Les deux principales complications de cette procédure sont le pneumothorax et le saignement. Il est déconseillé de réaliser des cryobiopsies pulmonaires en cas d'hypertension pulmonaire, ou de fonction respiratoire sévèrement altérée.

Chez les seniors, bien que la **fibrose pulmonaire idiopathique** (FPI) soit la PID la plus fréquente, le taux de PID inclassables après DMD reste plus élevé que dans la population générale (3). Un facteur explicatif est le moindre recours à la biopsie pulmonaire chirurgicale dans cette population en raison des risques qui lui sont associés. La cryobiopsie pulmonaire transbronchique pourrait donc s'avérer particulièrement intéressante dans la démarche diagnostique de PID chez les sujets âgés.

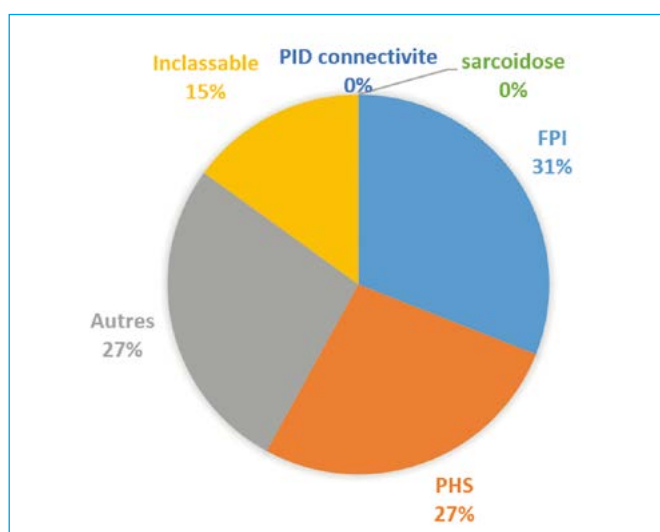
Nous avons mené au CHU de Nantes une étude observationnelle rétrospective sur les patients ayant bénéficié de cryobiopsies dans le cadre d'un bilan de PID entre 2015 et 2023 (4). Les sujets étaient définis comme âgés s'ils avaient un âge supérieur ou égal à 75 ans. Sur 110 patients, 26 étaient classés comme âgés, avec un âge médian de 78 ans. Le taux de complications majeures (définies par un pneumothorax drainé, une hémoptysie grave, une surveillance en soins intensifs, une exacerbation de la PID ou un décès) était de 8 % chez les personnes âgées et de 12 % chez les personnes non-âgées ($p=0,73$). Il n'y avait pas de différence en termes de complications entre les deux groupes (Figure 1).

**Figure 1**

Complications après cryobiopsies pulmonaires transbronchiques. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes âgés et non-âgés pour chaque paramètre. Les « autres » complications étaient l'emphysème sous-cutané sans pneumothorax, la douleur thoracique, la récurrence du pneumothorax, l'hypoxémie et l'embolie gazeuse.

Le rendement diagnostique après DMD était de 85 % chez les personnes âgées et de 79 % chez les personnes non-âgées ($p=0,50$). Dans le groupe des sujets âgés, le diagnostic le plus fréquent était la

FPI (31 %), suivi par la pneumopathie d'hypersensibilité fibrosante (27 %), tandis qu'aucun diagnostic de PID en lien avec une connectivite ou une sarcoïdose n'a été posé dans cette population (Figure 2).

**Figure 2** : Diagnostics retenus après DMD chez les sujets âgés.

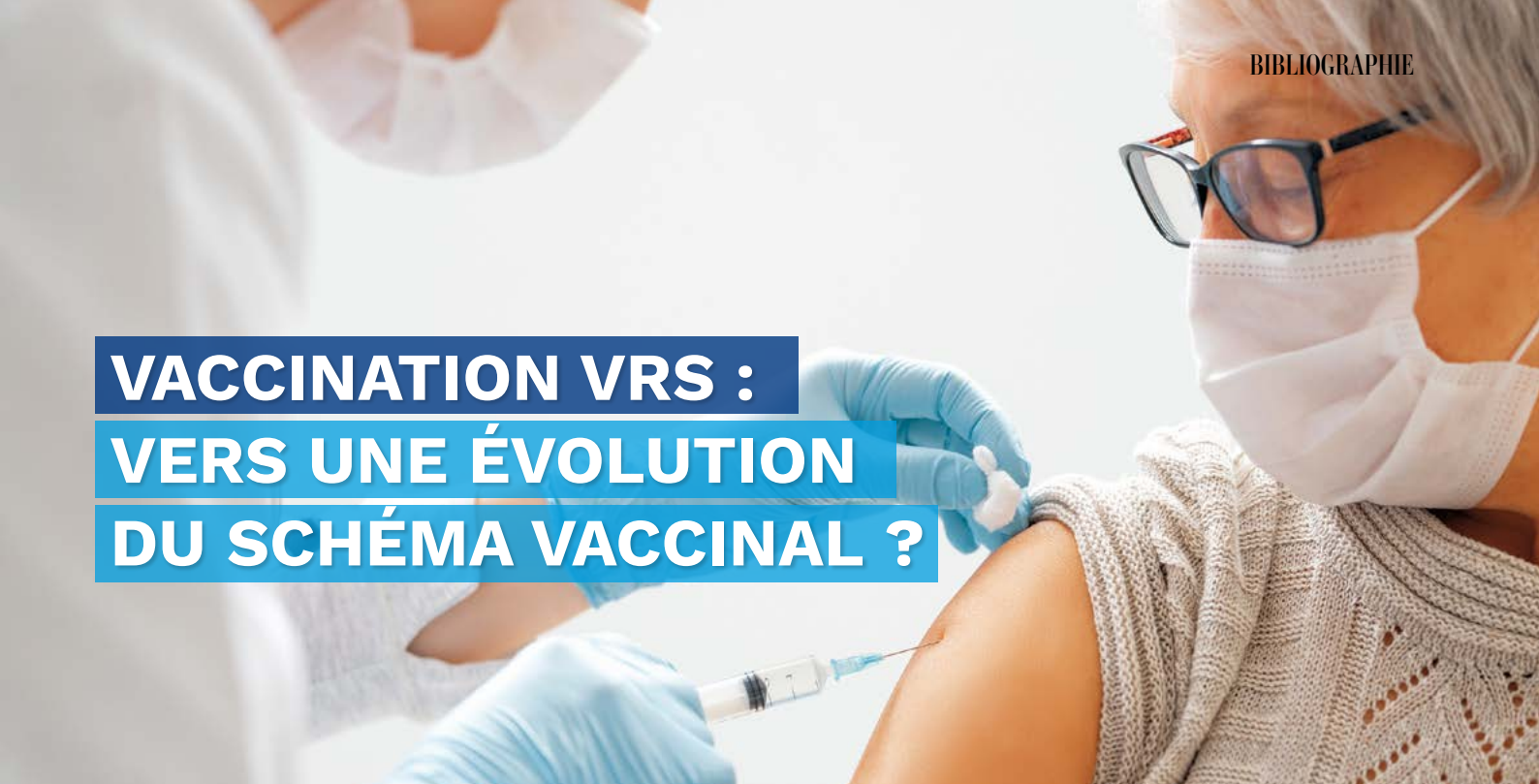
FPI : fibrose pulmonaire idiopathique, PHS : pneumopathie d'hypersensibilité, PID : pneumopathie interstitielle diffuse. Catégorie « autres » : pneumonie organisée ($n=2$), fibrose pulmonaire associée à l'insuffisance cardiaque chronique, hyperplasie neuroendocrine pulmonaire diffuse idiopathique (DIPNECH), fibrose bronchiolocentrique associée à une inhalation d'antigène, une PID liée à une vascularite ANCA et une néoplasie.

Comme l'exposent les dernières recommandations européennes sur le sujet de 2022, dans le cadre du bilan d'une PID, le rapport bénéfice/risque de la cryobiopsie pulmonaire transbronchique semble donc être favorable chez les personnes âgées, ce qui encourage à la proposer chez des patients sélectionnés en DMD lorsque les caractéristiques cliniques ne sont pas concordantes pour une FPI.

Pour l'Association des Jeunes Gériatres
Dr Charlotte MENIGOZ¹, Dr Stéphanie DIROU¹
¹Service de Pneumologie, CHU Nantes

Références

1. Korevaar DA, et al. European Respiratory Society guidelines on transbronchial lung cryobiopsy in the diagnosis of interstitial lung diseases. *Eur Respir J*. 2022; 60: 2200425.
2. Rodrigues I, et al. Diagnostic yield and safety of transbronchial lung cryobiopsy and surgical lung biopsy in interstitial lung diseases: A systematic review and meta-analysis. *Eur Respir Rev*. 2022; 31: 210280.
3. Patterson KC, et al. Interstitial lung disease in the elderly. *Chest* 2017;151:838-844.
4. Menigoz C, et al. Transbronchial lung cryobiopsy in interstitial lung diseases. *Rev Mal Respir* 2023;40 :469-478



VACCINATION VRS : VERS UNE ÉVOLUTION DU SCHÉMA VACCINAL ?

Efficacy and Safety of a Bivalent RSV Prefusion F Vaccine in Older Adults, Walsh EE, Pérez Marc G, Zareba AM, Falsey AR, Jiang Q, Patton M, et al.. N Engl J Med. 20 avr 2023;388(16):1465-77.

Un article récent paru dans le New England Journal of Medicine fait le point sur la vaccination VRS de la personne âgée et ouvre de nouvelles perspectives en termes de prévention vaccinale (1).

L'infection à VRS est une cause fréquente d'infections respiratoires qui touche principalement les enfants et les personnes âgées. Chez les sujets âgés fragiles, l'infection peut être sévère (hospitalisations en soins intensifs, déclin fonctionnel et/ou décès). La morbi-mortalité des infections à VRS approcherait celle des infections grippales saisonnières.

Des vaccins ont déjà été développés mais sont inefficaces.

Un peu de physiopathologie...

Le VRS est un virus à ARN. L'enveloppe virale du VRS est composée d'une membrane issue des cellules infectées dans laquelle sont enchâssées les trois protéines virales transmembranaires (F pour fusion, G pour glycoprotéine, SH pour small hydrophobic). La protéine F peut présenter 2 conformations : formes pré-fusion et post-fusion.

Des vaccins à sous-unités protéiques se concentrant sur la protéine de fusion du VRS ont été développés. Le vaccin expérimental **bivalent** contient des protéines de pré-fusion F (RSRpréF) provenant des deux principaux sous-groupes antigéniques en circulation (VRS A et VRS B).

Revenons à notre étude...

L'étude est une analyse intermédiaire de l'essai RENOIR concernant l'efficacité et l'innocuité du vaccin RSVpréF au cours de la première saison après l'injection.

Étude RENOIR = RSV Vaccine Efficacy Study in Older Adults Immunized against RSV Disease, portant sur des adultes âgés d'au moins 60 ans.

Méthodes

C'est un essai clinique de phase 3, multicentrique (240 sites), en double aveugle, randomisé 1 :1, vaccination contre placebo.

- Injections réalisées entre le 31/08/2021 et le 14/07/2022.
- Critères d'**inclusion** : > 60 ans, sains ou maladies chroniques stables.
- Critères d'**exclusion** : immunodéprimés (sauf VIH, VHB, VHC stabilisés).
- Vaccination Covid et grippe possible 14j ou plus avant l'injection du vaccin VRS.
- **Suivi** prévu sur 36 mois.

L'infection à VRS est définie comme l'apparition de symptômes tels qu'une toux, odynophagie, rhinorrhée, congestion nasale, dyspnée, expectorations ; confirmée par un test PCR.

Critère de jugement principal	▪ Efficacité dans la prévention d'apparition d'une infection respiratoire basse à VRS avec au moins 2 symptômes durant > 1 jour et confirmée par PCR ▪ Efficacité dans la prévention d'apparition d'une infection respiratoire basse à VRS avec au moins 3 symptômes durant > 1 jour et confirmée par PCR
Critère de jugement secondaire	Efficacité dans la prévention d'apparition d'un 1 ^{er} épisode d'infection aiguë à VRS avec au moins 1 symptôme type rhinopharyngite (douleurs gorge, toux, congestion nasale...)
Diagnostic	Par RT-PCR dans les 7 jours suivant l'apparition du premier symptôme
Suivi	Dès J15 de l'injection, tous les participants ont rempli un questionnaire électronique hebdomadaire ou si apparition de symptômes. Si signe, PCR dans les 7 jours (dans l'idéal à J2-J3).
Analyse de sécurité	▪ Réactogénicité (réaction locale, fièvre) évaluée dans les 7 jours suivant l'injection ▪ Autres EI répertoriés dans le mois suivant injection ▪ EI graves et apparition de nouvelles pathologies chroniques : suivi toujours en cours

Résultats

34 284 patients randomisés dans 2 groupes :

- 17 215 dans le groupe vaccination,
- 17 069 dans le groupe placebo.

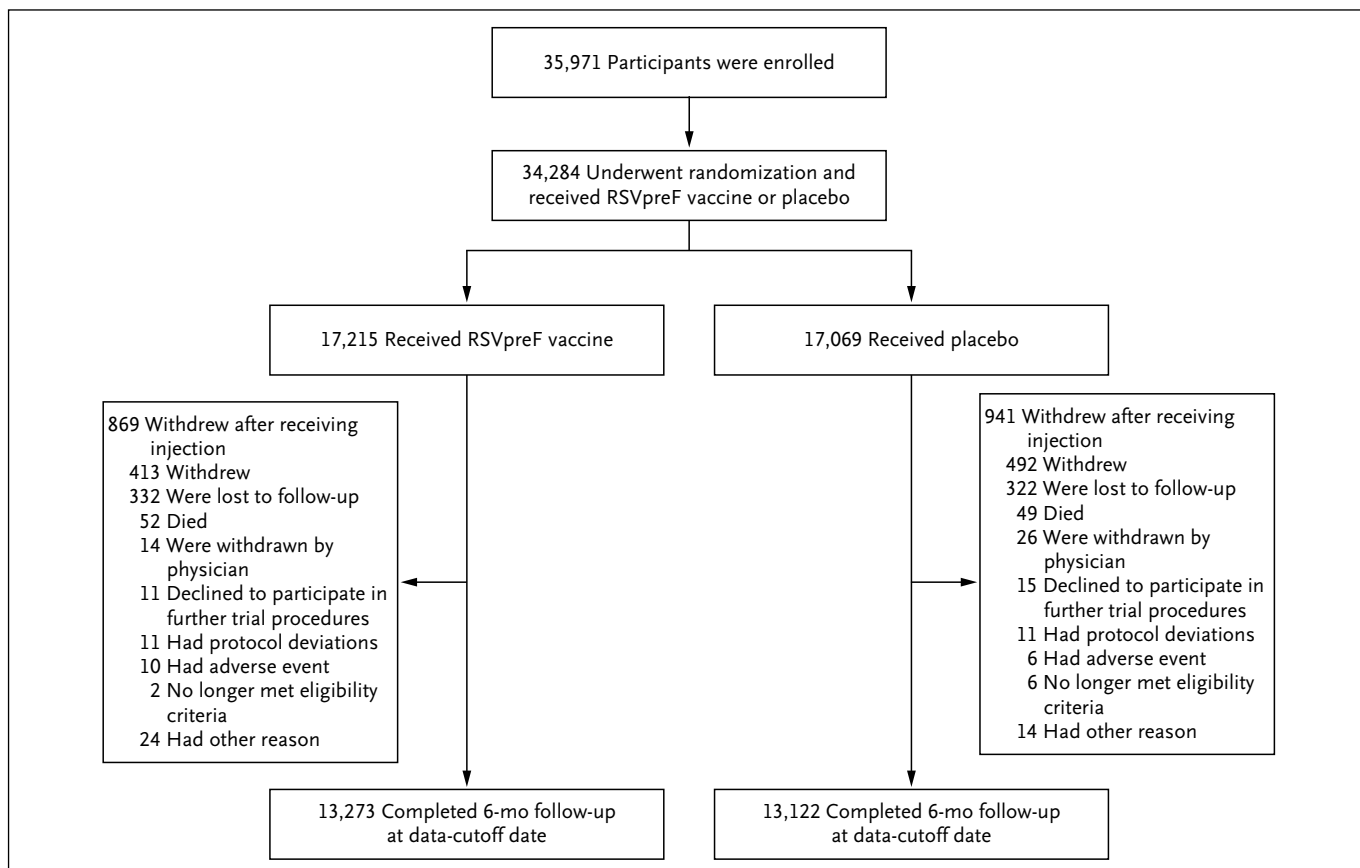


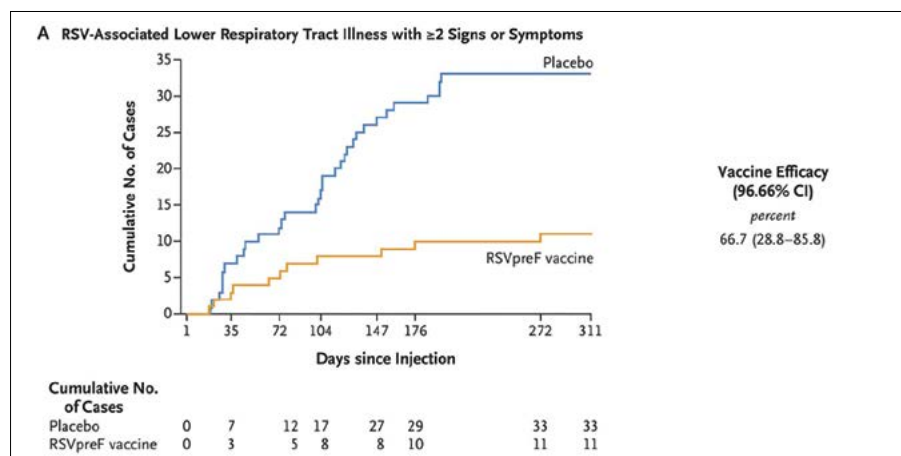
Table 1. Demographic and Clinical Characteristics of the Participants at Baseline (Safety Population).*

Characteristic	RSVpreF Vaccine (N = 17,215)	Placebo (N = 17,069)	Total (N = 34,284)
Age			
Mean — yr	68.3±6.14	68.3±6.18	68.3±6.16
Median (range) — yr	67 (59–95)	67 (60–97)	67 (59–97)
Age group — no. (%)			
60–69 yr†	10,757 (62.5)	10,680 (62.6)	21,437 (62.5)
70–79 yr	5,488 (31.9)	5,431 (31.8)	10,919 (31.8)
≥80 yr	970 (5.6)	958 (5.6)	1,928 (5.6)
Male sex — no. (%)	8,800 (51.1)	8,601 (50.4)	17,401 (50.8)
Race or ethnic group — no. (%)‡			
White	13,475 (78.3)	13,360 (78.3)	26,835 (78.3)
Black	2,206 (12.8)	2,207 (12.9)	4,413 (12.9)
Asian	1,352 (7.9)	1,333 (7.8)	2,685 (7.8)
Multiracial	44 (0.3)	36 (0.2)	80 (0.2)
Race not reported	56 (0.3)	50 (0.3)	106 (0.3)
Unknown	28 (0.2)	32 (0.2)	60 (0.2)
Not Hispanic or Latinx	10,740 (62.4)	10,715 (62.8)	21,455 (62.6)
Hispanic or Latinx	6,384 (37.1)	6,260 (36.7)	12,644 (36.9)
American Indian or Alaska Native	44 (0.3)	36 (0.2)	80 (0.2)
Native Hawaiian or other Pacific Islander	10 (<0.1)	15 (<0.1)	25 (0.1)
Ethnic group not reported	91 (0.5)	94 (0.6)	185 (0.5)
Country — no. (%)			
United States	10,319 (59.9)	10,182 (59.7)	20,501 (59.8)
Argentina	3,660 (21.3)	3,657 (21.4)	7,317 (21.3)
Japan	1,159 (6.7)	1,156 (6.8)	2,315 (6.8)
The Netherlands	687 (4.0)	681 (4.0)	1,368 (4.0)
Canada	509 (3.0)	506 (3.0)	1,015 (3.0)
South Africa	495 (2.9)	497 (2.9)	992 (2.9)
Finland	386 (2.2)	390 (2.3)	776 (2.3)
Prespecified high-risk condition — no. (%)			
≥1 Prespecified high-risk condition	8,867 (51.5)	8,831 (51.7)	17,698 (51.6)
Current tobacco use	2,642 (15.3)	2,571 (15.1)	5,213 (15.2)
Diabetes	3,224 (18.7)	3,284 (19.2)	6,508 (19.0)
Lung disease§	1,956 (11.4)	2,040 (12.0)	3,996 (11.7)
Heart disease¶	2,221 (12.9)	2,233 (13.1)	4,454 (13.0)
Liver disease	335 (1.9)	329 (1.9)	664 (1.9)
Renal disease	502 (2.9)	459 (2.7)	961 (2.8)
≥1 Chronic cardiopulmonary condition	2,595 (15.1)	2,640 (15.5)	5,235 (15.3)
Asthma	1,541 (9.0)	1,508 (8.8)	3,049 (8.9)
COPD	1,012 (5.9)	1,080 (6.3)	2,092 (6.1)
Congestive heart failure	293 (1.7)	307 (1.8)	600 (1.8)
No prespecified high-risk condition — no. (%)	8,348 (48.5)	8,238 (48.3)	16,586 (48.4)

Critère de jugement principal

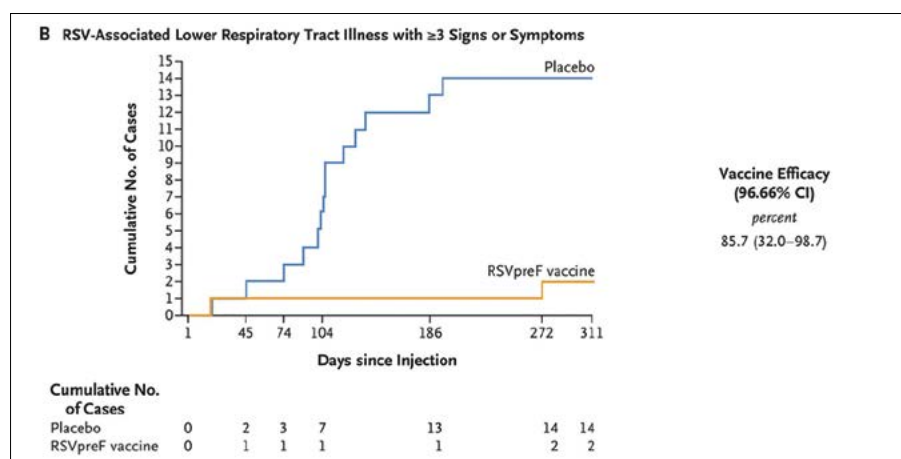
44 cas confirmés d'infection respiratoire basse à VRS avec au moins 2 symptômes :

- 11 cas dans le groupe vaccination.
- 33 cas dans le groupe placebo.
- Efficacité du vaccin estimée à 66,7 % (IC 28,8 – 85,8).



16 cas confirmés d'infection respiratoire basse à VRS avec au moins 3 symptômes

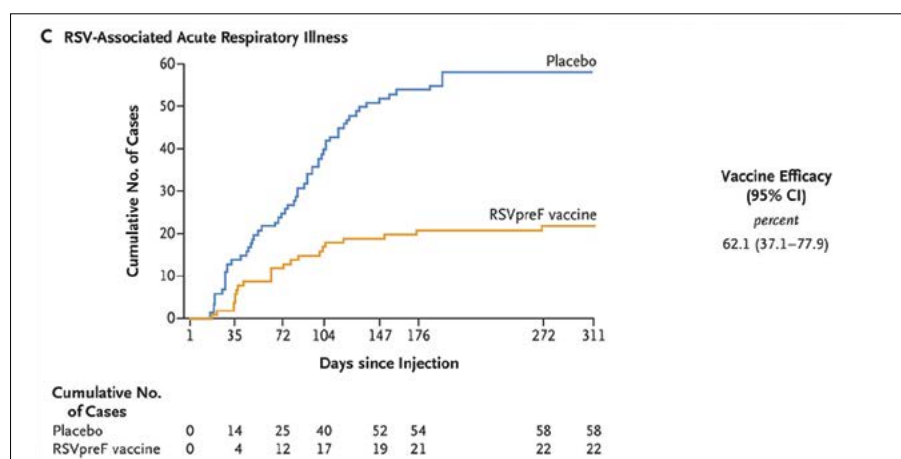
- 2 cas dans le groupe vaccination.
- 14 cas dans le groupe placebo.
- Efficacité du vaccin estimée à 85,7 % (IC 32 – 98,7).



Critère de jugement secondaire

80 cas confirmés d'infection aiguë à VRS :

- 22 cas dans le groupe vaccination.
- 58 cas dans le groupe placebo.
- Efficacité du vaccin estimée à 62,1 % (IC 37,1 – 77,9).



Critères de sécurité

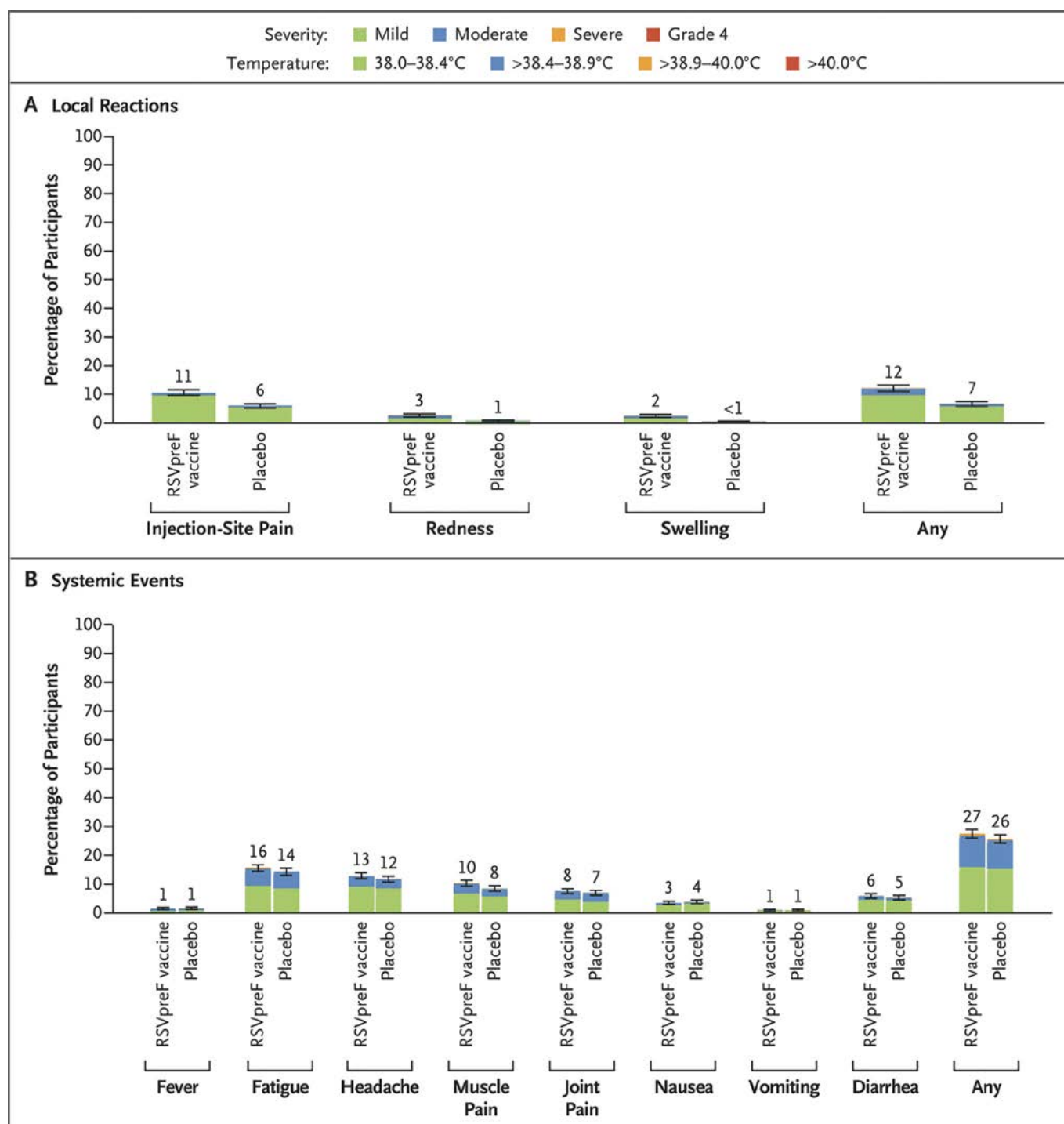
Réactogénicité

- 12 % des patients dans le groupe vaccination.
- 7 % dans le groupe placebo.
- Apparition entre J2 et J4 post-injection.
- Durée moyenne des symptômes 1-2 jours.
- Douleur = symptôme le plus courant.

Effets systémiques : Pourcentages similaires dans les 2 groupes (27 % vaccination et 26 % placebo).

Effets indésirables graves :

2.3 % dans les 2 groupes, mais 3 cas seulement identifiés comme liés à la vaccination (réaction d'hypersensibilité retardée à 7h, syndrome de Miller-Fisher, IDM puis Guillain-Barré).



Discussion

Le développement de vaccin contre le VRS est un enjeu de santé publique majeur devant le risque d'hospitalisation et de décès chez le sujet âgé. Jusque-là, il n'y avait que des échecs expliqués par la physiopathologie.

D'après les auteurs, ce sont des résultats concluants qui ressortent de cette étude.

L'efficacité du vaccin est majorée avec la sévérité de l'infection.

Les résultats sont retrouvés dans les différents sous-groupes, notamment pour les plus de 80 ans. De plus, l'étude sur la sécurité est rassurante (peu d'EI graves).

Points FORTS	▪ Essai randomisé de haut niveau de preuve ▪ Multicentrique, incluant des pays des hémisphères Nord et Sud ▪ Nombre élevé de patients inclus
Points FAIBLES	▪ Intervalles de confiance trop étendus car nombre de cas trop bas dans certains sous-groupes. Sures-timation de l'efficacité ? ▪ Concernant la sécurité, quelle définition de l'EI grave ? Recueil des données électronique limité à quelques sites aux USA et au Japon. <u>Sous-estimation du risque du fait du manque de recueil dans les autres centres ?</u> ▪ Étude réalisée durant l'épidémie de Covid où la circulation du VRS a été perturbée ▪ Étude sur une seule saison du VRS (non définie dans l'article). Quid de la durée de protection du vaccin ? Étendue du schéma de vaccination ? Nécessité d'études plus approfondies pour déterminer le nombre de doses et leur durée d'action. ▪ Exclusion des sujets immunodéprimés. <u>Quelle efficacité dans ce sous-groupe de patients qui est le plus à risque ?</u> ▪ Et surtout, quelle efficacité chez les plus de 80 ans ? Le sous-groupe correspondant représente seulement 5,6 % des patients dans cette étude. Or, l'étude de ce groupe est la plus pertinente en pratique, car elle correspond à la majorité des patients fragiles en hospitalisation. ▪ Effet de la vaccination sur le taux d'hospitalisation et décès ?

Pour conclure

La vaccination semble efficace mais quelques critères sont encore à définir (sous-effectif des > 80 ans, exclusion des immunodéprimés, impact de l'immunosénescence).

Plusieurs questions restent en suspens...

Les stratégies vaccinales sont en cours d'étude. Leur diffusion est imminente, la date d'octobre 2024 serait avancée.

Selon l'adoption de la stratégie vaccinale, une co-prévention vaccinale grippe/COVID/VRS pourrait-elle être pertinente ?

1. Walsh EE, Pérez Marc G, Zareba AM, Falsey AR, Jiang Q, Patton M, et al. Efficacy and Safety of a Bivalent RSV Prefusion F Vaccine in Older Adults. N Engl J Med. 20 avr 2023;388(16):1465-77.

Pour l'Association des Jeunes Gériatres,

Emma MULATO,

Interne DES de gériatrie

Future chef de clinique en région de pneumo-gériatrie
CHRU Lille, Centre Hospitalier de Douai

Elise MOREL

Interne de DES de gériatrie
CHRU Lille

Sebaa RATTROUT

Interne de DES de gériatrie

UN COVID ATYPIQUE CACHANT UNE PNEUMOPATHIE INTERSTITIELLE COMMUNE

Ce cas clinique d'une patiente prise en charge en Court Séjour Gériatrique permet de faire le point sur les **pneumopathies interstitielles du sujet âgé** et ses complications.

Mme Yvette LEVENT (son nom a été changé pour l'occasion) est hospitalisée en court séjour gériatrique suite à son passage aux urgences pour détresse respiratoire aiguë et infection à SARS-COV2.

Il s'agit d'une patiente de 89 ans, 60 kg 1m65. On note dans ses antécédents :

- ETT normale lors d'un bilan cardiologique il y a 1 an ;
- HTA ;
- Notion d'emphysème et chutes à répétition.

Ses traitements comportent : Amlor, Furosémide, Laroxyl, Lorazepam, Pantoprazole et Milnacipran.

Concernant son mode de vie :

- Mariée, vit dans une maison. Ancienne institutrice ;
- ADL 4,5/6 à l'entrée : marche avec déambulateur, aide toilette et habillage.

IADL 2/4 :

- Besoin d'aide pour les médicaments et l'administratif ;
- Aide à la douche 1 fois par semaine ;
- Portage des repas ;
- Passage IDE pour les médicaments.

Début des symptômes il y a 8 jours : toux, crachats maronnâtres. Elle est adressée par son IDE aux urgences qui la trouve pâle, en sueurs, dyspnéique.

Aux urgences :

- Constantes : SpO2 95 % sous 3l, 88 % AA, pas de fièvre ;
- Clinique : Crépitations bilatérales à mi champs, OMI genoux ;
- ECG : Rythme régulier sans trouble de conduction, ondes T aplaties ;
- Biologie : ECBC infaisable, CRP 30 mg/L et NFS normale, BNP négatifs, ionogramme et créatinine normaux mais PCR COVID positive.

À la radiographie thoracique, on a cette image (figure 1) :



Figure 1 : Radiographie d'entrée de la patiente

Devant le tableau et la radiographie du thorax pathologique, il est difficile de ne pas traiter une surinfection bactérienne associée malgré l'absence de fièvre, d'hyperleucocytose et une CRP plutôt faible. Une antibiothérapie par Augmentin® est débutée et le choix est pris de traiter son infection COVID oxygénorequérant avec une corticothérapie type Dexaméthasone®. Enfin, le pneumologue d'avis conseille de faire une imagerie de thorax de contrôle après la résolution du problème aigu.

Arrêtons-nous là déjà pour signaler que la **présentation** d'un COVID peut être totalement **atypique**, d'autant plus chez nos sujets âgés.

Dans l'étude de cohorte du « ISARIC Clinical Characterisation Group », il est montré que la **proportion de fièvre diminue avec l'âge** (60 % des plus de 80 ans) mais qu'il y a une **augmentation nette de l'incidence de syndrome confusionnel** (30 %) ou de l'« altération de l'état général » (40 %)¹.

Par ailleurs, pour rappel, l'étude RECOVERY initiale sur l'utilisation de la Dexaméthasone® dans le COVID oxygéo-requérant ne montrait *pas de bénéfice de la corticothérapie* dans le sous-groupe des patients âgés de plus de 70 ans².

Depuis, toutes les études prospectives testant la dexaméthasone ont été arrêtées. On ne connaît donc pas vraiment l'efficacité chez nos patients âgés, d'autant plus avec le variant Omicron.

Revenons-en à notre patiente : elle s'améliore lentement et récupère progressivement son état respiratoire de base. Néanmoins, l'hospitalisation et le COVID induisent une immobilisation prolongée avec une tristesse de l'humeur, une désadaptation à la marche et une dénutrition sévère.

La prise en charge de la **dénutrition** protéino-énergétique lors d'une infection pulmonaire COVID est importante.

Voici ce que recommandait dès 2021 la société européenne de nutrition³ :

- Évaluation diététique rapide avec conseils diététiques par des professionnels.
- Supplémentation avec notamment vitamines D et A.
- Activité physique d'intensité modérée régulière.
- Nutrition entérale à privilégier si apports oraux insuffisants.

Elle rappelle que la **nutrition entérale** est toujours **à privilégier** par rapport à la nutrition parentérale si le tube digestif est fonctionnel, en rappelant les données de cette étude sur 253 patients de 85 ans d'âge moyen montrant une survie de 40 % supérieure significative⁴.

Une nutrition entérale est donc posée à Mme LEVENT, moyennement tolérée.

Par ailleurs, une demande de SMR est faite pour poursuivre la rééducation, devant une perte d'autonomie avec la perte de 2 points d'ADL.

Entre temps, on refait le point sur sa pathologie pulmonaire. La patiente décrit en fait une altération de l'état général depuis 1 an avec une perte de 10 kg et une anorexie associée à une dyspnée progressivement croissante.

Le contrôle d'imagerie dans le service, à 1 semaine du sevrage en oxygène retrouve les éléments suivants (figure 2) :

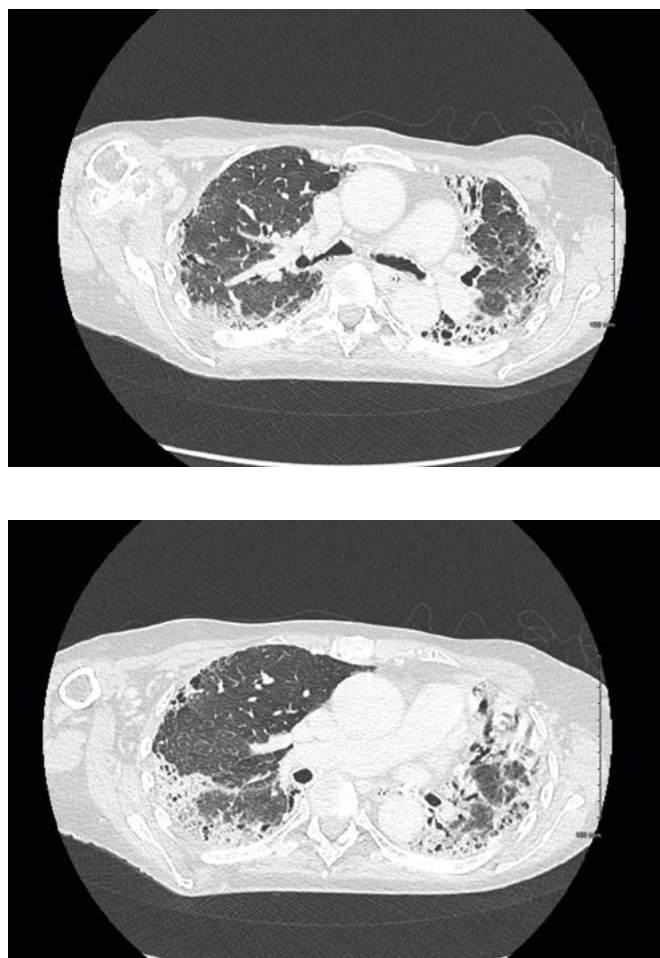


Figure 2 : 2 coupes de scanner thoracique à distance de l'épisode aigu

Le radiologue conclut : « Condensations alvéolaires bilatérales à prédominance gauche d'allure infectieuse, touchant plus de 50 % du parenchyme pulmonaire, dans un contexte de probable fibrose pulmonaire de type pneumopathie interstitielle commune (PIC) avec rayon de miel sous-pleural et bronchectasies de traction ».

Un scanner thoracique réalisé 4 mois auparavant par son médecin traitant retrouvait les mêmes lésions de PIC avec rayon de miel sous-pleural diffuses (figure 3).



Figure 3 : Lésions de pneumopathie interstitielle commune classiques

Après discussion avec la pneumologue d'avis, il est décidé de l'absence d'investigation complémentaire au vu de la perte d'autonomie et de la dénutrition sévère répondant mal à la renutrition.

Causes et explorations d'une PIC

La pneumopathie interstitielle commune (PIC) est une lésion radiologique. Elle appartient au groupe des pneumopathies interstitielles diffuses. Elle inclut des signes de fibrose, soit une prédominance sous-pleurale et basale des lésions avec un gradient apico-basal, un aspect en rayon de miel, avec éventuellement des bronchectasies ou des bronchiolectasies de traction, et pas de signes en faveur d'un autre diagnostic.

Comme devant toute PID chronique, on retrouve **4 grandes causes** : connectivite, exposition, forme familiale ou idiopathique. Le bilan de première intention comprend donc :

- La recherche d'une connectivite associée avec examen clinique et bilan auto-immun (AAN, FR, CCP, myosite, ANCA).
- La recherche d'une exposition : médicaments (pneumotox), domestique (PHS), professionnel (pneumoconiose).
- La recherche d'une histoire familiale.

En l'absence d'éléments pour une cause secondaire, une forme idiopathique ou FPI est la plus probable.

Mais il ne faut pas conclure trop vite à une fibrose pulmonaire idiopathique. En effet, d'après Patterson et al. (figure 4), le diagnostic de FPI est certes le plus fréquent chez les personnes âgées mais il y a également un taux de PID inclassables augmenté⁵.

Comme discuté dans cette gazette par ma collègue pneumologue, une cohorte sur le CHU de Nantes a montré que le LBA avec la cryobiopsie était globalement aussi bien toléré chez les patients de plus de 75 ans⁶.

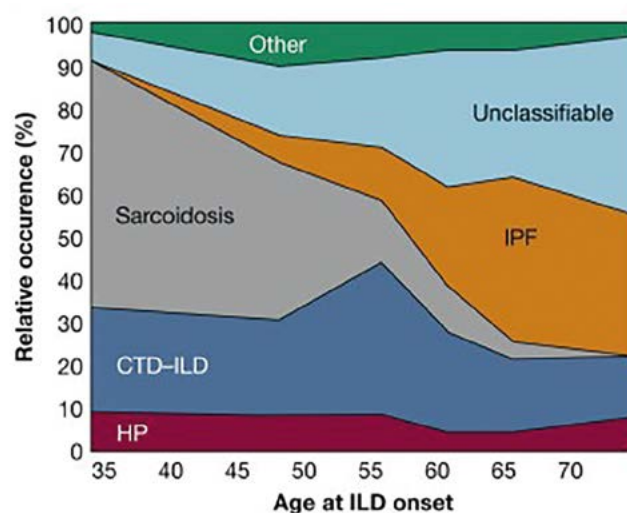


Figure 4 : d'après Patterson et al., Chest 2017 : Incidence de PIDs en fonction de l'âge

En conclusion, il faut parfois savoir confirmer la FPI pour proposer des antifibrosants, d'autant plus que la cryobiopsie pulmonaire transthoracique a évolué ces dernières années, jusqu'à être **proposée en première intention** dans les dernières recommandations européennes.

En effet, l'impact positif des antifibrosants a été confirmé dans les sous-groupes de patients âgés > 75 ans (figure 5)⁷. Par ailleurs, dans une autre étude, le nombre d'effets indésirables (diarrhées) était plus fréquent mais le taux d'arrêt de ce médicament ne différait pas chez les patients âgés. En analyse multivariée, seul un IMC faible était prédicteur d'effets indésirables⁸.

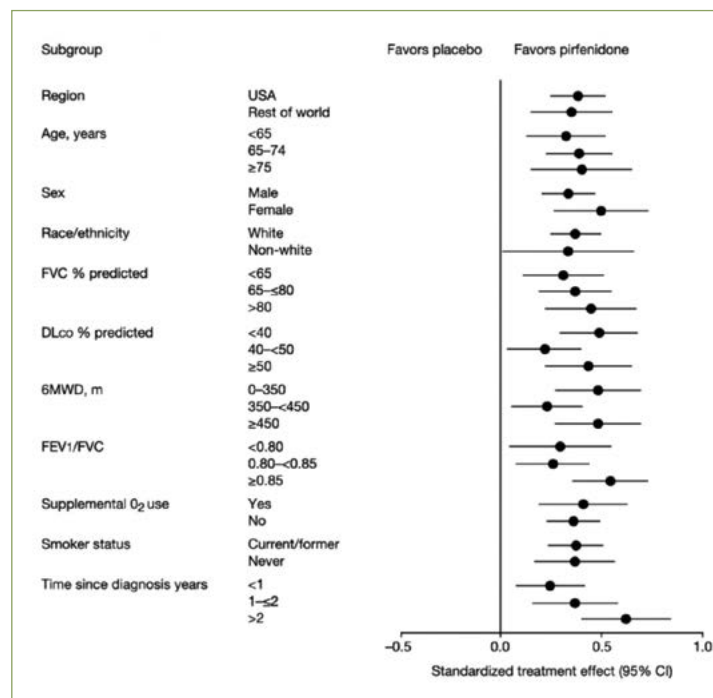


Figure 5 : d'après Noble et al. *European Respiratory Journal*, 2016 : Effet de la pirfenidone (anti-fibrosant) par sous-groupe

Pour l'Association des Jeunes Gériatres
Dr Jérémie HUET¹, Dr Charlotte MENIGOZ²
¹Médecine Aiguë Gériatrique, CHU Nantes
²Service de Pneumologie, CHU Nantes

Références

1. ISARIC Clinical Characterisation Group, Abdukahil SA, Abe R, et al. COVID-19 symptoms at hospital admission vary with age and sex: results from the ISARIC prospective multinational observational study. *Infection*. 2021;49(5):889-905. doi:10.1007/s15010-021-01599-5.
2. RECOVERY Collaborative Group, Horby P, Lim WS, et al. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19. *N Engl J Med*. 2021;384(8):693-704. doi:10.1056/NEJMoa2021436.
3. Barazzoni R, Bischoff SC, Breda J, et al. ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. *Clin Nutr*. 2020;39(6):1631-1638. doi:10.1016/j.clnu.2020.03.022.
4. Masaki S, Kawamoto T. Comparison of long-term outcomes between enteral nutrition via gastrostomy and total parenteral nutrition in older persons with dysphagia: A propensity-matched cohort study. *PLOS ONE*. 2019;14(10):e0217120. doi:10.1371/journal.pone.0217120.
5. Patterson KC, Shah RJ, Porteous MK, et al. Interstitial Lung Disease in the Elderly. *Chest*. 2017;151(4):838-844. doi:10.1016/j.chest.2016.11.003.
6. Menigoz C, Dirou S, Sagan C, et al. [Transbronchial lung cryobiopsy in interstitial lung diseases]. *Rev Mal Respir*. 2023;40(6):469-478. doi:10.1016/j.rmr.2023.04.003.
7. Noble PW, Albera C, Bradford WZ, et al. Pirfenidone for idiopathic pulmonary fibrosis: analysis of pooled data from three multinational phase 3 trials. *European Respiratory Journal*. 2016;47(1):243-253. doi:10.1183/13993003.00026-2015.
8. Komatsu M, Yamamoto H, Ichiyama T, et al. Tolerability of nintedanib in the elderly with idiopathic pulmonary fibrosis: A single-center retrospective study. *PLOS ONE*. 2022;17(2):e0262795. doi:10.1371/journal.pone.0262795.



L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ LA MARTINIÈRE - ASSOCIATION JEAN LACHENAUD

L'Établissement de Santé la Martinière est un EHPAD et un établissement de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), situé à proximité d'Orsay et de Massy, sur la ligne du RER B (accès gare « Le Guichet » puis navette gratuite) et sur la N118. L'établissement dispose d'un cadre agréable dans un parc arboré et de locaux spacieux.

Notre établissement est composé de 2 SMR de 40 lits chacun. Vous intégrerez une équipe pluridisciplinaire au sein d'une structure à taille humaine et bienveillante dans laquelle l'encadrement et l'équipe médicale sont stables.

PROFIL RECHERCHÉ

Profil gériatrique ou médecin physique et de réadaptation inscrit à l'Ordre des Médecins Français.

Rémunération : CCN51 (FEHAP) avec reprise d'ancienneté possible.

Forfait jour (205 jours par an) - 18 RTT et 25 CP.

Ce poste requiert la réalisation d'astreinte à domicile toutes les 6 semaines environ.

Entre 5000 € et 8000 € brut par mois pour un temps plein.

L'ÉTABLISSEMENT OFFRE DES CONDITIONS DE TRAVAIL APPRÉCIABLES COMME

- Un travail d'équipe collaboratif et pluridisciplinaire (IDEC, IDE jour/nuits, AS, ASH, psychomotricienne, psychologue, EAPA, kinésithérapeute, orthophoniste, diététicienne, animatrices) ;
- Une infirmière de nuit en SSR ;
- Une secrétaire médicale en SSR ;
- Une démarche institutionnelle de qualité de vie au travail ;
- Une ambiance de travail chaleureuse dans un établissement à taille humaine ;
- La possibilité de faire du sport sur place ;
- Mutuelle participation employeur 33.26 € et salarié 18.84 € ;
- Un CSE qui offre de nombreux avantages (chèques vacances, livres, tickets de cinéma, cadeaux de fin d'année pour le personnel et ses enfants, repas annuel) ;
- 1% patronal pour le logement, Self sur place à 2.91 € le repas ;
- Possibilité d'un aménagement d'horaires et de plannings.



UN MÉDECIN GÉRIATRE OU UN MÉDECIN PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION

pour notre SMR
CDI - Temps plein
ou partiel



CONTACT

M. Laizet - DRH
r.rh.lamartiniere@ajl.asso.fr

ÎLE-DE-FRANCE



RECRUTE

MÉDECIN GÉRIATRE OU GÉNÉRALISTE

Temps plein ou temps partiel.
Inscrit au Conseil de l'Ordre
des Médecins.
Reprise de l'ancienneté.

LE PÔLE DE GÉRIATRIE DE L'HÔPITAL DE RIAUMONT (62-LIÉVIN)

Présentation de l'établissement

Appartenant au Groupe AHNAC (privé associatif et à but non lucratif), l'Hôpital de Riaumont est avant tout un hôpital de proximité, porteur de la filière gériatrique et principal moteur de la prise en charge du bien vieillir sur son territoire.

Présentation du pôle

Le pôle de gériatrie est composé des activités de court séjour gériatrique (60 lits), de SMR gériatrique et polyvalent (98 lits), d'une Unité Cognitivo-Comportementale (12 lits), d'HDJ de médecine gériatrique, HDJ SMR, consultations de gériatrie (chute, mémoire, cardio et oncogériatrie...), USLD (80 lits), EHPAD (40 lits) et d'une équipe mobile de gériatrie.

Profil recherché

Expérience ou formation (DESC, FST, DU-DIU) en gériatrie. Possibilité de renforcer son expérience par une formation à la prise de poste.

QVT : partenariat avec les crèches, conciergerie pour faciliter votre quotidien, une mutuelle, la prévoyance, un régime de retraite plus favorable, votre activité à l'AHNAC est couverte par notre RCP, le comité social d'entreprise accessible aux médecins.

Simplicité, agilité, projets, écoute, échanges et professionnalisme :
Bienvenue à Riaumont !



CONTACTS

Laurent DE RYCKE

laderycke@ahnac.com

06 17 02 87 52

Dr Rémi BARJAUD

Président de CME

rbarjaud@ahnac.com

06 82 22 17 47



HAUTS-DE-FRANCE



L'EHPAD « Ma Maison » des Petites Sœurs des Pauvres (70 résidents),

Basé à ESCAUDŒUVRES (59161).

RECHERCHE

Vos Missions

Sous la responsabilité et l'autorité administratives de la responsable d'Établissement et en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement, vous serez en charge de :

- L'élaboration et suivi des projets de soins des résidents.
- L'animation de l'équipe de soins (formation, définition des procédures et protocoles).
- La rédaction et mise à jour des documents institutionnels (dossiers médicaux, rapport d'activités médicales annuelles, évaluation du niveau de dépendance).
- Assurer une bonne collaboration avec les intervenants médicaux et paramédicaux extérieurs, ainsi qu'avec les autres institutions sanitaires.

Présentation de l'Établissement

Fidèles à leur mission depuis plus de 160 ans, les Petites Sœurs des Pauvres s'attachent à apporter accueil et soins aux personnes âgées les plus pauvres dans le respect de leur personne et de leur dignité.

Situé à proximité de CAMBRAI, l'établissement bénéficie d'un cadre agréable et calme où règne une ambiance familiale.

MÉDECIN COORDONNATEUR CDI

à Temps partiel (0,6 ETP, soit 21 heures par semaine en EHPAD)

Le poste est accessible au titulaire d'un Doctorat en médecine générale complété d'un DU de Médecin Coordonnateur obtenu ou en cours d'obtention.

- Rémunération : de 57 000 € à 58 000 € bruts par an hors primes.
- D'horaires flexibles et jours de travail aménageables.
- De différentes primes : prime Ségur-Médecin et prime de fin d'année et d'une prise en charge de vos repas de midi et d'une place de parking.



Candidature par courriel à direction.escaudoevres@psdp.fr et rh.escaudoevres@psdp.fr

Travailler chez Filieris, c'est faire le choix d'exercer en salariat au sein d'un groupe de santé privé non lucratif portant des valeurs fortes issues d'un riche passé minier : l'engagement, la proximité, l'ouverture, l'écoute et l'expérience.

Filieris
la santé en action

NOUS RECHERCHONS

3 Médecins Généralistes Hospitaliers ou Gériatres

H/F pour nos 3 établissements à Escaudain, Fresnes-sur-Escaut (59) et Bruay-la-Buissière (62).

Vos Missions

- Établir, conduire les prescriptions médicales, surveiller la bonne exécution et expliquer les modalités de traitements.
- Mettre en place le projet thérapeutique.
- Travailler en équipe pluridisciplinaire et coordonner les synthèses.
- Veiller à l'application des bonnes pratiques professionnelles.
- Gérer les relations avec les partenaires, les relations fonctionnelles et échanger avec le patient et sa famille.
- Participer à la démarche qualité.

Conditions

- Diplôme d'État de Docteur en Médecine Générale ou de Médecin Gériatre.
- Capacités en gériatrie ou en soins palliatifs souhaitées.
- Inscription au Conseil de l'Ordre.

Rémunération et avantages

- Salaire fixe selon profil et indemnités frais professionnels.
- Prise en charge de l'assurance professionnelle.
- Mutuelle et prévoyance d'entreprise.
- Prestations du CSE.

CONTACTS



LA ROSERAIE (BRUAY-LA-BUISSIÈRE)
Christophe BECQUES, Directeur d'Établissement
T. 06 71 63 31 84



**LE BOIS DE LA LOGE (ESCAUDAIN) ET
LES JARDINS DU TEMPLE (FRESNES-SUR-ESCAUT)**
Elodie LEFEBVRE, Directeur d'Établissement
T. 06 37 53 44 41



CANDIDATURE À ENVOYER À
recrutement-medical.nord@filieris.fr



CENTRE HOSPITALIER DE PONT-SAINT-ESPRIT (30 - Gard)

Pour renforcer son équipe médicale, le Centre Hospitalier de Pont-Saint-Esprit situé dans le Gard à proximité du Vaucluse, de la Drôme et de l'Ardèche,

RECHERCHE



**UN MÉDECIN
TEMPS PLEIN**



<http://www.hopitalpse.fr/>



<https://www.facebook.com/chpontosaintesprit>

**Dynamique,
avec responsabilité
médicale sur
les disciplines
SSR Gériatrique /
Hospitalisation
à Domicile -
soins palliatifs.**



**Poste à pourvoir
dès que possible.**

PH ou contractuel - CDI.

514 lits et places - 490 agents dont 13 médecins,
10 lits de médecine dont 4 lits de soins palliatifs,
65 lits de soins médicaux et de réadaptation (polyvalent en gériatrie) dont
4 Soins Palliatifs,
5 places HAD,
15 lits installés d'USLD,
291 lits d'EHPAD et 20 lits d'EHPA,
1 plateau technique de rééducation comprenant une balnéothérapie,
1 pharmacie à usage intérieur.
Taux d'occupation moyen de 95.60 %.
Projet d'établissement et projet médical en cours 2020-2024.
Possibilité de formation en gériatrie, soins palliatifs.
Participation aux instances de l'établissement et aux astreintes
GHT Cévennes-Gard-Camargue - CHU de Nîmes.



VOS CONTACTS

Le Président de la CME

Dr Tanguy DOMENGES

✉ t.domenges@hopitalpse.fr

☎ 04 66 33 40 41

✉ secretariatdirection@hopitalpse.fr

☎ 04 66 33 40 01



LE GCS PÔLE SANITAIRE CERDAN (ERR - 66)

Recrute

GÉRIATRE (H/F - CDD/CDI)

S'inscrivant dans la filière gériatrique du Plateau Cerdan, le GCS Pôle Sanitaire Cerdan est un établissement sanitaire de 97 lits et places se composant des secteurs de soins suivants :

- Un service Court Séjour de médecine et Soins Palliatifs à orientation gériatrique (MCO - SP).
- Une équipe mobile transfrontalière de Gériatrie.
- Deux services Moyen Séjour de soins médicaux et de réadaptation (SMR) :
- Un service de soins de suite polyvalents,
- Un service de soins de suite spécialisés gériatriques.
- Une unité de soins de longue durée (USLD).

L'établissement dispose d'un plateau technique complet de réadaptation et rééducation de haut niveau.

ENVOYER LETTRE DE CANDIDATURE + CV :

GCS PÔLE SANITAIRE CERDAN

11 Cami de la Ribereta - 66800 ERR ✉ rh@pole-sanitaire-cerdan.eu



Maison
de Moncontour
HOSPITALITÉ
Saint-Thomas de Villeneuve

RECHERCHE
pour l'EHPAD et le Centre de Ressources
Territorial (10%)

**Un Médecin
Coordonnateur H/F**

Pour tout renseignement,
merci de bien vouloir contacter :
M. Locquet, Directeur - remi.locquet@hstv.fr ou
Mme Petitalot, RRH - marine.petitalot@hstv.fr

La Maison de Moncontour développe une double activité médico-sociale d'accueil et d'accompagnement de personnes âgées et de personnes en situation de handicap, avec son EHPAD (275 habitants), son Foyer de Vie (48 habitants) et ses 2 accueils de jour (Lamballe et Moncontour).

L'établissement est engagé dans une transformation de sa mission aux personnes âgées avec la création d'un Centre de Ressources Territorial, et par la création des Maisons d'Yffiniac, projet innovant dédié à l'accompagnement des personnes désorientées par la maladie d'Alzheimer.

Pilote du projet médical et des soins, le médecin coordonnateur aura pour missions principales, tant pour les habitants hébergés que pour les usagers accompagnés à domicile dans le cadre du CRT :

- De coordonner, mettre en œuvre et évaluer, en lien avec les équipes médicales et soignantes, le projet médico-soignant ;
- De proposer et construire des projets reflétant la dynamique engagée au sein de la structure ;
- De contribuer à des programmes de recherche, en particulier en lien avec la transformation des modes d'accompagnement (CRT, Maisons d'Yffiniac, approche domiciliaire) ;
- De coordonner l'évaluation gériatrique des habitants et usagers (bilans cognition, nutrition, bucco-dentaire, sensoriel...) ;
- De coordonner les missions de l'équipe médicale salariée aujourd'hui composée de 4 médecins à temps partiel (staffs, organisation et temps de travail...) ;
- De contribuer au développement des compétences des professionnels de santé internes et externes par la formation.



LE CENTRE DE GÉRONTOLOGIE DU CH DE LA ROCHELLE

Deux médecins

À partir de novembre 2024

PROFIL RECHERCHÉ

Médecin généraliste ou Médecin gériatre.

Recrutement pour 6 mois sous statut PHC, avec possibilité de prolongation. Reprise d'ancienneté. Poste à pourvoir immédiatement avec perspective de titularisation. Participation à la permanence de soins du Pôle de Gériatrie.

ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL

Ces services appartiennent au pôle de Gériatrie composé de 15 praticiens hospitaliers (Médecine Aiguë Gériatrique, Médecine Ortho-Gériatrique, HDJ SSR, USLD, EHPAD, UHR, Équipes mobiles de Gériatrie intra-hospitalière et de Psychiatrie-Gériatrie, Consultations de Gériatrie et d'Onco-gériatrie).

RECHERCHE

ACTIVITÉ

En SSR

Prise en charge en hospitalisation complète de patients de plus de 75 ans polypathologiques, fragiles, à risque de décompensation, à l'issue d'un séjour en MCO afin d'optimiser le potentiel de récupération fonctionnelle en vue du retour à domicile.

Les Pathologies les plus fréquentes sont :

- Suites post-opératoires (orthopédie/vasculaire/viscérale).
- AVC ischémiques ou hémorragiques.
- Syndrome post-chute / chutes à répétition.
- Perte d'autonomie suite à la décompensation d'une pathologie chronique (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, diabète, pathologie neurologique chronique) ou à une décompensation aiguë d'organe.
- Troubles neurocognitifs +/- troubles du comportement.
- Soins palliatifs / accompagnement de fin de vie (en collaboration avec l'HAD et l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs).

En USLD

Prise en charge en lieu de vie sanitaire de patients adultes présentant des pathologies chroniques nécessitant des soins médicaux techniques importants et ne pouvant vivre à domicile en HAD ou en EHPAD.

Les pathologies les plus fréquentes sont :

- Les insuffisants cardiaques et/ou respiratoires chroniques.
- Les pathologies neurologiques (post AVC, post neuro-traumatologie avec hémi ou tétraplégie, épilepsie, SLA, SEP etc.).
- Les diabètes de type 1 complexes.
- Soins palliatifs / accompagnement de fin de vie (en collaboration avec l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs).

ÉQUIPE MÉDICALE

Elle sera composée de 4 médecins se partageant chacun 1 secteur de SSR et 1 secteur d'USLD :

- > 60 lits de SSR répartis sur 4 secteurs de 15 lits chacun.
- > 92 lits d'USLD répartis sur 4 secteurs de 23 lits chacun.

Possibilité d'intervenir ponctuellement à l'EHPAD.

Recrutement des patients exclusivement réalisé par le biais du logiciel Via Trajectoire (accord médical nécessaire validant l'indication de l'hospitalisation) :

> **En SSR :** Essentiellement via les services de MCO du Centre Hospitalier de La Rochelle puis de la Clinique de l'Atlantique.

> **En USLD :** Via les services de MCO du Centre Hospitalier de La Rochelle, via les demandes extérieures (ville, EHPAD, SSR etc.).

Environnement de travail

Dossier médical et paramédical informatisé, bureau médical personnel dans l'unité, indépendant du bureau infirmier.

Équipe paramédicale

Infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophoniste, diététicienne, assistante sociale, pédicure.

CONTACTS

Dr Bruno GROSSIN, Chef du pôle - 05 46 45 69 29 - bruno.grossin@ght-atlantique17.fr

Madame Sandra POITEVIN, Directrice adjointe des Affaires médicales - 05 46 45 44 40 - sandra.poitevin@ght-atlantique17.fr



HOPITAUX
DU PAYS DU
MONT BLANC

recherchons
Médecin Gériatre
en unité de Court séjour gériatrique
aux Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc
(Sallanches, 74)

**Rejoignez les Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc,
un établissement à taille humaine au cœur d'un
environnement géographique exceptionnel.**

Nous recherchons un ou une gériatre pour compléter notre équipe médicale : service de Court séjour gériatrique de 25 lits, comptant 3 médecins seniors et 3 internes. Prise en charge de patients âgés de plus de 75 ans, polypathologiques, en perte d'autonomie motrice ou cognitive et présentant une pathologie aiguë intercurrente. Service ayant à cœur une prise en charge pluridisciplinaire des patients, intégré dans un pôle dynamique. Possibilité de consultations hospitalières ou d'interventions en hôpital de jour.

Profil recherché

Praticien hospitalier ou contractuel, temps plein ou partiel selon projet. Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins et compétence en Gériatrie (capacité ou DESS).

Contacts

Dr Sylvia Miguet, Cheffe de service

✉ s.miguet@ch-sallanches-chamonix.fr

Elise Lemièrre, Directrice des Affaires Médicales

✉ e.lemiere@ch-sallanches-chamonix.fr



Envie de faire
comme Julie ?

<https://hpmb.nous-recrutons.fr/>



Vous souhaitez rejoindre le projet médical partagé d'une filière gériatrique de territoire ?

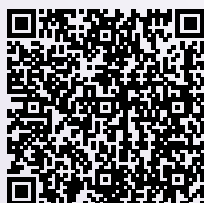
L'hôpital regroupe les activités de MCO et de PSYCHIATRIE (156 lits et 42 places en MCO, 147 lits et 161 places en psychiatrie). 20 000 passages aux urgences par an.

Plateau technique complet avec scanner et IRM.

Services de spécialités (cardiologie, gastro-entérologie, oncologie, chirurgie orthopédique et viscérale, gynécologie-obstétrique, réanimation, Urgences-Samu-Smur, équipe mobile de gériatrie, consultations mémoire, équipe territoriale de soins palliatifs, pneumologie, psychiatrie, médecine et anesthésie).

ACTIVITÉS

Intra-hospitalière en service de gériatrie aiguë 24 lits agréé pour les internes de spécialité ; hôpital de jour gériatrique 2 lits ; consultations de gériatrie. Possibilité d'activité extra-hospitalière sur un EHPAD 70 lits géré par l'hôpital dans un village à 20 km (activité de médecin coordonnateur, consultations déportées sur le village). Activité (unique ou multiple) à définir en équipe ; hôpital de jour à consolider ; possibilité d'extension de la capacité du service de gériatrie aiguë.



LE CENTRE HOSPITALIER DE DIGNE-LES-BAINS

RECHERCHE MÉDECIN GÉRIATRE

Temps plein.

Pour renforcer une équipe déjà constituée de : 1 Chef de service Gériatre à temps plein, 1 praticien associé temps plein, 1 médecin généraliste à 20 %, 1 médecin interniste à 40 %, 1 stagiaire associé temps plein, 1 cardiologue à 10 %.

STATUT

Praticien hospitalier, praticien contractuel ou assistant spécialiste. Possibilité d'évolution des contrats en fonction des objectifs des candidats vers statut de PH. Salaire à négocier selon ancienneté. Spécialité éligible à un contrat de motif 2. Possibilité de prime multi-sites et de prime d'engagement dans la carrière hospitalière (20 000 Euro). Participation à la PDS de médecine sous forme d'astreintes opérationnelles forfaitisées.

CONDITIONS

Pour postuler à cette offre vous devez être titulaire d'un diplôme de médecin et être inscrit à l'Ordre.

CONTACT

✉ affaires.medicales@ch-digne.fr ☎ 04 92 30 15 21

<http://www.ch-digne.fr/>



LE GHT CENTRE-ALSACE RECRUTE DES MÉDECINS GÉRIATRES (PH, PC ou assistant)

Hôpital de Soultz-Issenheim

Rejoignez une structure à taille humaine auprès d'équipes diversifiées, accueillantes et dynamiques.

À 20 min de Mulhouse, 25 min de Colmar et 30 min du Grand Ballon, dans le Parc naturel des Ballons des Vosges, à proximité de l'aéroport de Bâle-Mulhouse et des frontières avec l'Allemagne et la Suisse, l'Hôpital de Soultz-Issenheim est un établissement public de santé à orientation gériatrique sur deux sites. Le site de Soultz dispose d'un service de SMR de 24 lits, d'une USLD de 48 lits, d'un EHPAD de 46 lits et d'un service de soins infirmiers à domicile de 37 places. Le site d'Issenheim dispose d'un EHPAD de 93 lits. Astreintes.

Effectif médical : 1 PH pour l'EHPAD et 1 PH pour le SMR. Recherche d'un praticien pour le service d'USLD sur le site de Soultz.



CONTACT

Président de la CME :
Dr Jean-Pierre FOURNIER
✉ fournierjeanpierre@free.fr

Spécialité recherchée :

Titulaire d'un diplôme d'État en Médecine, DES de gériatrie, DESC de gériatrie ou encore capacité de gériatrie.

CANDIDATURES À ADRESSER À

Monsieur Emilien SAUGRIN,
Directeur des Affaires Médicales
✉ emilien.saugrin@ch-colmar.fr

CONTACT

Chef de Service et Chef de Pôle :
Dr Pierre ANTHONY
✉ pierre.anthony@ch-colmar.fr



FICHE DE POSTE

Médecin Gériatre F/H

Centre Hospitalier de Troyes

 Hôpital Simone Veil



Candidature à adresser par mail au Directeur des Affaires Médicales, Mme Malacrino : rosa-belle.malacrino@hcs-sante.fr

Renseignements auprès du chef de service, Dr Collart : michele.collart@hcs-sante.fr

Le poste

Nous recherchons pour notre service de court séjour gériatrique un médecin gériatre pour intégrer la filière gériatrique du CH de Troyes, au sein du pôle clinique médicale.

Profil recherché :

- Médecin diplômé en gériatrie (ou spécialisation en cours) ou médecin généraliste ayant une appétence pour la gériatrie
- Médecin inscrit à l'Ordre des Médecins sous statut de Praticien contractuel ou Praticien Hospitalier

La filière gériatrique du CH de Troyes :

- 30 lits de court séjour gériatrique
- 70 lits de SMR gériatrique et polyvalent
- 70 lits d'USLD
- 275 lits d'EHPAD, dont 25 lits en UVP
- Équipe mobile gériatrique
- Consultation mémoire labellisée 2023, 5 demi-journées par semaine
- Consultation onco-gériatrique, 3 demi-journées par semaine
- Consultation fragilité, 1 demi-journée par semaine
- Consultation chute, 1 demi-journée par semaine

L'équipe

Le médecin recruté assurera ses missions au sein d'une équipe dynamique, experte et solidaire, composée de :

- 9 praticiens hospitaliers temps plein
- 2 praticiens associés
- 5 internes de médecine
- 1 IPA

Les atouts

- Participation à la permanence des soins (journée, week-end)
- Service de SMR validant pour les internes de médecine générale et gériatrie
- Services SMR et USLD à proximité immédiate de l'hôpital avec accès aux avis spécialisés facilité pour les patients (chirurgie, explorations fonctionnelles, imagerie...)
- Locaux récemment rénovés, équipements modernes (rails lève-malade, salle de kiné adaptée...)
- Cadre végétalisé agréable, pensé comme un lieu de vie

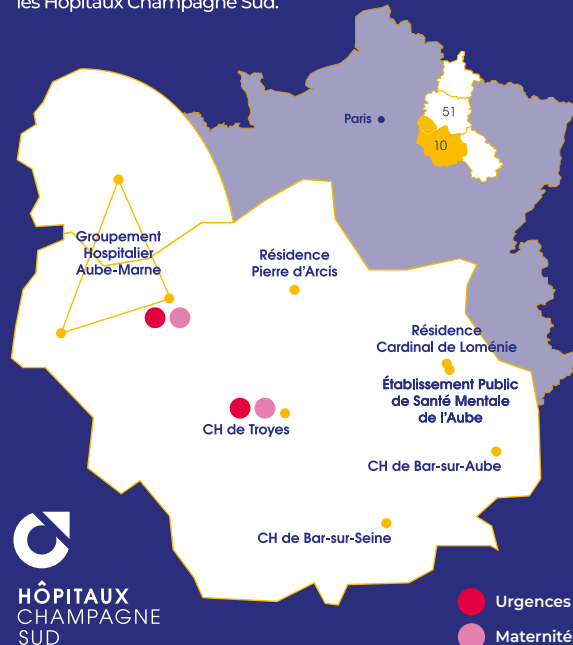
Qui sommes-nous ? En vidéo



Bienvenue dans l'Aube !

À 1h30 de Paris en train, dans le sud-ouest de la Champagne. L'immobilier y est très abordable et la campagne environnante verdoyante. Troyes est une ville agréable pour vivre en solo ou en famille. Outre le centre-ville historique et ses fameuses maisons à pans de bois, ses commerces, ses nombreux restaurants et autres lieux festifs, la ville regorge de bons plans : vélos à assistance électrique en libre-service, magasins d'usine, musées historiques et d'art moderne, médiathèque, cinéma, théâtres... Et dans un rayon d'une dizaine de km : voies vertes menant aux lacs du parc régional de la forêt d'Orient et petits producteurs de Champagne de l'Aube - les meilleurs !

Travailler au CH de Troyes, c'est rejoindre un GHT coordonné, solidaire et résolument tourné vers le futur : les Hôpitaux Champagne Sud.



HÔPITAUX
CHAMPAGNE
SUD

● Urgences
● Maternités



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