



BULLETIN de la

SOCIÉTÉ DE GERONTOLOGIE CENTRE AUVERGNE

Septembre 2007 - No 39

La prochaine journée se tiendra à **COURPIERE**, salle d'animation place de la victoire.

Samedi 17 Novembre 2007

GERONT'Auvergne

☛ LES RENDEZ-VOUS DU DÉPARTEMENT DE GÉRONTOLOGIE - CHU

- **Staff de Gériatrie :**

Les observations cliniques de chacun seront les bienvenues (support numérique sur vidéo projecteur). La réunion est suivie d'une collation.

Prochaine date : **Mardi 11 Décembre 2007 de 18H30 à 20H30**

Salle de réunion - Service SSR (2^{ème} étage) - Hôpital Nord - BP 56 - 63118 Cébazat - Tel : 04.73.75.08.85

- **« Carrefour mémoire » :**

Le carrefour mémoire est l'occasion de présenter les dossiers jugés difficiles issus des différentes consultations mémoires de la région, en présence du Dr Didier DEFFOND neurologue et de Marion Barger et Blandine Buisson neuropsychologues.

Prochaines dates : **Mardi 16/10/07 et 6/11/07 de 17H00 à 18H00**, même adresse.

- Inscription à la Capacité Nationale de Gériatrie : Pour la rentrée 2007/2008, dépêchez-vous. Pour tout renseignement contacter B. Lesourd 04-73-750-835 (blesourd@chu-clermontferrand.fr)

Conditions d'inscription pour toutes les capacités :

Les titulaires d'un **diplôme de médecin** permettant l'exercice dans le pays d'obtention ou dans le pays d'origine du candidat ainsi que les ressortissants d'un état membre de la C.E.E. dès lors qu'ils ont accompli et **validé** la totalité de leurs études médicales.

A titre conditionnel : les étudiants devront avoir soutenu leur thèse et obtenu leur qualification avant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils se sont inscrits en capacité.

Pour les inscriptions, s'adresser à la Faculté de Médecine - Scolarité 3ème cycle- Capacités
tél : 04 73 17 79 36 - e-mail : isabelle.jagoueix@u-clermont1.fr

Frais d'inscription : Probatoire = 265,57 € puis 215 € pour la première année.
305,57 € pour la deuxième année.

DU médecin coordonnateur : 1006,25 €

CALENDRIER GÉRONTOLOGIQUE

- « Comment être mieux traité avec nos aînés : nouvelles approches de prise en soins » - **Samedi 13 Octobre 2007 - CENTRE OMNISPORT VICHY - Renseignement et inscription (obligatoire) : 04.70.31.72.97 - amareis@wanadoo.fr**
- Du 23 au 25 Octobre 2007 – 28^{èmes} Journées annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gériatrie – Espace Grande Arche – PARIS – Tel : 01-43-18-28-25 . www.sfgg.fr
- 21 et 22 novembre 2007 – 2^{ème} congrès national de l'animation en gérontologie – Paris – La Villette
Tél. 05 57 97 19 19 – Fax 05 57 97 19 15 - Email : info@comm-sante.com
- 9^{ème} Réunion Francophone sur la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés – Du 20 au 22 Novembre 2007 – www.ams.fr
- 5^{ème} congrès national de l'EUGMS (European Union Geriatric Medicine Society – Copenhague, Danemark du 3 au 6 septembre 2008. www.eugms2008.org
- Du 6 au 7 Décembre 2007 - GEROSANTE 2007 – Montpellier – Contact : 01-41-32-31-70

- Du 30 Mars au 1^{er} Avril 2008 - 5^{ème} Congrès National des médecins Coordonnateurs d'EHPAD – Paris.

DOCUMENTATION

- Sites ressources

www.isped.u-bordeaux2.fr : Revue électronique qui paraît chaque mois à cette adresse et réalisant une revue bibliographique sur les démences.

BREVES DE CONGRES ...

COMPTE RENDU FEDERATION DES C. M. R. R. DU SUD DE LA France TOULOUSE 22 & 23 MARS 2007 par les Drs Roland Lopitiaux et Jean Goyard

1. LA CONDUITE A TENIR DEVANT UNE PLAINTe COGNITIVE (J. TOUCHON)

Qui se plaint ?

Des personnes avec un haut niveau socioculturel, des femmes. La plainte cognitive est corrélée avec l'évaluation subjective de l'état de santé, l'état psycho-affectif, diverses pathologies organiques, l'importance de la iatrogénie (anticholinergiques en particulier).

Pourquoi évaluer ?

Savoir différencier plaintes de mémoire et troubles de la mémoire ; troubles de la mémoire organique (démence) et fonctionnelle (anxiété, dépression). En cas de plainte bénigne, l'indiciage est positif.

Rappel des définitions de Christian DESROUENÉ :

La plainte mnésique «bénigne» qui est due à un trouble de rappels (informations complexes, noms propres, ...). Le patient s'en plaint. Pas de retentissement sur les activités de la vie quotidienne, conscience du trouble. Par opposition la plainte mnésique «suspecte» : troubles de la mémorisation ; déni par rapport à des informations récentes, retentissement sur les activités de la vie quotidienne, difficultés d'orientation.

Des travaux récents ont mis en évidence une relation entre plainte mnésique et personnalité. La plainte mnésique est corrélée à certains traits de personnalité (anxiété, image de soi, tendance à la plainte somatique) mais non aux performances.

Plainte mnésique et risque de démence :

Le risque de la plainte est «autonome» par rapport à d'autres facteurs de risques (âge, dépression, niveau socioculturel, ...) +++.

Plainte mnésique et IRM cérébrale :

La plainte mnésique est associée à des hyper signaux de la substance blanche, à des degrés d'atrophie plus marquée dans les régions hippocampiques, fronto-temporales, lobe temporal médial. La plainte mnésique sans trouble et le MCI amnésique ont un même pattern d'atrophie.

Q : la plainte elle même serait un corollaire de démence ; existe t-il un continuum entre plainte et MCI ?

Plainte mnésique et lésion neuro-pathologique :

La plainte mnésique sans trouble 1 à 11 ans avant le décès, est corrélée à l'existence des lésions anatomiques de la maladie d'Alzheimer et autres lésions (maladies vasculaires, corps de Lewy). Les plaintes mnésiques sont donc corrélées à des lésions visibles dans la maladie d'Alzheimer et constituent un facteur prédictif en soi. La plainte mnésique est un symptôme central du MCI.

Concept du MCI :

Altération de la mémoire par rapport à une population de personnes âgées dites normales, autres atteintes cognitives possibles, pas de retentissement sur les activités de la vie quotidienne, risque élevé de développer

une démence ? Le diagnostic est basé sur l'évaluation clinique et une grande importance du jugement clinique de l'observateur.

Nouveaux critères diagnostiques – TOUCHON 2004

- Plaintes de troubles cognitifs et non seulement de la mémoire rapportées par le patient ou par des proches.
- Le sujet présente un déclin de ses possibilités fonctionnelles cognitives en relation avec des troubles réels (troubles objectifs).
- petit retentissement sur les AVQ possible.
- Pas de démence.

MCI et déclin :

En pratique association de troubles à l'évaluation neuropsychologique et déclin rapporté par l'entourage. On aboutit aux critères révisés de MCI ce qui augmente fortement le pourcentage de MCI retrouvé chez les sujets dits normaux. Dans ce contexte, on rappelle que selon PETERSEN, on distingue 3 types de MCI : amnésique, MCI touchant un domaine cognitif non mnésique, MCI multi domaine. Schématiquement, lors d'une plainte mnésique, après avoir constaté des troubles par la clinique en association avec un déclin, si le trouble mnésique est isolé, diagnostic de MCI amnésique. Si le trouble mnésique est associé à un autre trouble cognitif, on parlera de MCI multi domaine. Si l'on ne retrouve pas de troubles mnésiques, il peut s'agir soit d'un MCI mono domaine, soit d'un état normal. En conclusion de ce topo, savoir entendre la plainte mnésique ++, repérer le déclin ++, analyser le trouble.

2. LA PLAINTÉ COGNITIVE AU SEIN DE L'ETUDE GuidAge PAR Florence PORTET

Il s'agit d'une étude de prévention secondaire chez des patients âgés porteurs d'une plainte mnésique. La plainte a été exprimée auprès des médecins généralistes. Ces patients seront suivis pendant 5 ans au CMRR. Un comité aura écarté le diagnostic de démence.

Pour le moment, les patients inclus ont en moyenne un âge de 77 ans. Il y a 66,7 % de femmes. Le MMS moyen est à $27,8 \pm 1,7$. la plainte mnésique a au moins 3 ans d'ancienneté, les IADL ne sont normaux que dans 72 % des cas, le test Grober est peu différent de la normale. La plainte mnésique est caractérisée par l'échelle de Mc Nair et Khan, par l'échelle EVA pour la mémoire et le retentissement sur les AVQ, le CDR. Deux sous-groupes ont été individualisés avec un CDR normal à 0 et un CDR avec troubles modérés à 0,5. En conclusion provisoire, la plainte mnésique est plus forte si quelques anomalies sont relevées. Si la plainte mnésique est forte, le risque d'avoir un petit retentissement sur les AVQ est augmenté (ou constatation d'un déclin).

Pour mémoire, l'étude GuidAge a pour objet de tester un extrait du GINKO.

3. POUR UN NOUVEAU CONCEPT DE MALADIE D'ALZHEIMER (Bruno DUBOIS)

DUBOIS formule l'idée qu'avant les premiers symptômes de maladie d'Alzheimer et même de MCI, il existe une phase de compensation avec loin dans le passé une cause aujourd'hui inconnue qui est à l'origine d'une cascade biologique laquelle conduira à la phase symptomatique. DUBOIS indique : pour un patient donné que devons-nous identifier, le syndrome ou la maladie ?

DUBOIS démonte un peu (beaucoup) l'intérêt du MCI et veut sauter cette étape. Il considère que cela est déjà vrai pour les démences vasculaires, les démences fronto temporales, les Lewy, les APP. Pour lui, il existe une phase pré-Alzheimer que l'on devrait pouvoir identifier sur la base des caractéristiques du syndrome amnésique : plainte mnésique, troubles cognitifs légers avec un MMS \leq à 25 touchant la mémoire, avec un score \leq à 2 mots sur 3 aux 3 mots et un score \leq à 29/40 au set test d'Isaacs ; absence de déclin fonctionnel (score IADL) ; absence de critère DSM-IV de démence, pas d'anomalie au scanner datant de moins de 6 mois.

Sur ces bases, quels critères vont permettre de prévoir l'évolution vers la maladie d'Alzheimer ? Le test le plus sensible pour lui est le Grober avec toutes ses composantes. Les seuils optima pour le diagnostic sont en rappel libre un score \leq à 17/48 et un rappel total \leq à 40/48. Ces critères identifieraient pour lui la maladie d'Alzheimer 3 ans avant la démence dans un contexte de plainte mnésique. Tout cela pourrait être confirmé par l'identification de la protéine Bêta amyloïde et la protéine tau dans le LCR pour le moment et dans

quelques années dans le plasma mais ces dosages restent de pratique exceptionnelle et par l'atrophie des structures temporales internes.

En réponse à une question de Chantal GERTANER, DUBOIS précise que l'IRM devrait être systématique pour tout le monde dans un délai de 5 ans. Il précise également qu'il n'existe pas de traitement disposant de l'AMM dans de telles conditions mais que lui-même prescrit des inhibiteurs de la cholinestérase car il est convaincu de leur action et que ces produits ont été mal développés car testés dans des groupes MCI «flou».

4. LES MARQUEURS BIOLOGIQUES ET DE NEURO-IMAGERIE DU DIAGNOSTIC PRECOCE (M. SARAZIN)

Le volume de l'hippocampe s'apprécie sur des coupes coronales en séquence T1, la diminution de volume de l'hippocampe est présente dès le stade de pré-démence, dans les MCI amnésiques, et le volume de l'hippocampe ante mortem est corrélé à l'importance des lésions post-mortem. Il est également corrélé au déficit mnésique, prédictif de l'évolution MCI ...MA. Il existerait des logiciels de segmentation pour calculer ce volume de l'hippocampe avec une sensibilité de 88 % et une spécificité de 80 %. Toutefois ces logiciels ne sont toujours pas disponibles en pratique courante.

Une autre méthode existe intitulée VBM (Voxel Based Morphometry). Il s'agit d'une mesure globale de l'atrophie corticale. Cette méthode est en cours de développement mais semble être prometteuse.

Pour ce qui concerne l'imagerie fonctionnelle, le TEP au fluorodésoxyglucose est une bonne méthode ou au PIB (marqueur des peptides amyloïdes) mais il existe des faux négatifs et des faux positifs. Il s'agit là de marqueurs étiologiques.

En ce qui concerne les marqueurs biologiques, dosage de la bêta amyloïde dans le LCR. Faible pouvoir discriminant vis à vis des autres démences. Dosage de la protéine tau : faible pouvoir discriminant «phospho». Le dosage plasmatique du peptide amyloïde est un espoir.

5. MEMOIRE DE RECONNAISSANCE VISUELLE ET MALADIE D'ALZHEIMER DEBUTANTE (M. PONCET)

La dégénérescence neurofibrillaire commence au niveau des cortex rhinaux (sous l'hippocampe) et les cortex rhinaux sont impliqués dans la mémoire de reconnaissance visuelle (test DSM 48 consultable sur Internet). On montre les images (48) en questionnant sur le nombre de couleurs et une heure plus tard, on montre des couples d'objets (48) et on demande ceux qui ont déjà été vus. Altération précoce de la reconnaissance dans la maladie d'Alzheimer et non dans le parkinson avec troubles de la mémoire.

L'auteur en conclut qu'il existe au sein des structures temporales internes deux structures de reconnaissance : visuelles et épisodiques. La mémoire visuelle testée par le DSM 48 serait atteinte dans la MA débutante avant la mémoire épisodique.

Il décrit des sujets avec plaintes mnésiques plus Grober bas mais autonomie normale dans la vie (l'explique par une altération de la reconnaissance visuelle alors que la mémoire épisodique est préservée). Il s'agirait d'une amnésie pure progressive.

6. LES GRANDES ETUDES DE PREVENTION ACTUELLE

La prévention est justifiée par les perspectives avec 2 250 000 cas d'Alzheimer en France en 2040 (données Eurodem-Opeps 2005).

La prévention primaire concerne la population générale pré-symptomatique et la prévention secondaire concerne le MCI.

L'objectif des études est de diminuer l'incidence avec comme critères d'évaluation de la conversion vers la démence. Parmi les résultats connus, l'étude Whims qui recherchait l'action des oestrogènes. Interrompue pour effets indésirables. Etude Prepare (idem). Etude Adapt qui recherchait les effets des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Interrompue pour effets indésirables. Cette étude incluait des patients selon leur âge avec un antécédent familial au 1^{er} degré.

Trois études sont encore en cours, Pré-Advise Célénium et vitamine D, GuidAge (Ginko), GEM (Ginko). Dans l'étude GuidAge, il s'agit de patients de + de 70 ans avec plainte mnésique.

D'autres études sont en cours avec comme critère le déclin cognitif. Elles recherchent l'effet de diverses vitamines, des oméga 3, oméga 6, etc. Les critères de jugement sont neuropsychologiques.

La limite des essais primaires est qu'il existe de très nombreuses inconnues sur la cause des maladies.

En perspective, l'étude Mapt Study. Sujets de + de 70 ans avec une plainte mnésique auprès du médecin traitant ou un déficit vis à vis d'une activité instrumentale. Le traitement sera soit placebo, soit oméga 3 ou prise en charge globale.

La question est de savoir comment interpréter les résultats négatifs ? Inefficacité ? Ou méthodologie à revoir ? En réponse à une question, VELLAS précise que selon de nombreuses études et en particulier les études PHRC, 20 % des patients sont surprenants par le fait qu'ils ne s'aggravent pas avec le temps.

7. LES ESSAIS THERAPEUTIQUES EN COURS (Pierre-Jean OUSSET)

123 essais sont en cours dans le monde. Les voies actuelles de la recherche concernent des substances qui empêchent l'agrégation des dépôts amyloïdes. Il s'agit pour l'essentiel de bêta secrétases et de gamma secrétases. Dans ce domaine, un produit qui s'intitule TRAMIPOSATE – ALZHEMED*. Analogue des amino glicanes. Etude phase 3. La fin de recrutement est en cours.

Autre voie de recherche : destruction des dépôts amyloïdes. Etude AN 1792.

Retour sur l'immunothérapie. Il est mentionné que les sujets qui avaient été répondeurs avant l'arrêt du vaccin (étude interrompue) ne se sont pas aggravés par la suite. Un nouvel essai doit débuter prochainement avec un produit modifié.

En réponse aux questions, VELLAS donne ses idées personnelles sur les perspectives de traitement dans la maladie d'Alzheimer. Pour lui, les anti-amyloïdes de première génération (ALZHEMED) auront une efficacité proche des inhibiteurs. Dans 5 ans, anti-amyloïdes de 2^{ème} génération avec une plus grande efficacité mais plus d'effets secondaires. Il y aura donc une stratégie possible qui se dessine avec, au début de la maladie inhibiteur, lors de l'aggravation inhibiteur + ALZHEMED et en troisième possibilité inhibiteur + ALZHEMED + nouveaux anti-amyloïdes de 2^{ème} génération.

8. SUITE DU RAPPORT DE L'OEPEPS AU NIVEAU DES POLITIQUES PUBLIQUES (J. F. DARTIGUES)

- 1°) Changer l'image de la maladie d'Alzheimer dans la population par des campagnes d'information notamment pour promouvoir une détection plus rapide et dédramatiser le vécu de la maladie. Maladie d'Alzheimer : grande cause nationale 2007. Le point négatif, c'est une image encore péjorative et non prioritaire pour les médecins généralistes et les étudiants.
- 2°) Développer une politique de prévention primaire et secondaire de la maladie. Promotion du «bien vieillir», nouvelle perception dans certains départements pour espérer réduire l'APA. Point négatif : échec des essais hormonaux et des statines.
- 3°) Efforts de formation pour le personnel à domicile et au niveau des études médicales. Filière gériatrique dans le plan solidarité Grand Age, importance des emplois à «haute valeur sociale».
- 4°) Conforter la consultation mémoire de proximité au CMRR. Seule manque en France l'Auvergne !!
- 5°) Aider le médecin généraliste et coordonner l'ensemble des prises en charge par la création d'un interlocuteur unique, les «cases managers» en maladie d'Alzheimer.
- 6°) Saisir la Haute Autorité de Santé pour des recommandations officielles pour le suivi des patients. Cela est prévu fin 2007.
- 7°) Répondre aux besoins en lits d'EHPAD (les besoins dépassent l'offre).
- 8°) Développer l'Accueil de Jour et hébergement temporaire. Tarification plus incitative.
- 9°) Inciter à la souscription à une assurance dépendance en complément de la couverture publique.
- 10°) Nouvel élan à la recherche publique, clinique, santé publique, fondamentale.

NOTES A PROPOS DE LA REUNION « OS ET CANCER » du 2 mars 2007. Dr Roland LOPITAUX

Biphosphonates et métastases osseuses. Dr Anne-Françoise DILLIES (Centre Jean Perrin).

Le mode d'action des Biphosphonates est rappelé. Il s'agit, pour l'essentiel, d'une inhibition majeure des ostéoclastes qui sont, en cas de cancer, activés par la cellule cancéreuse. En retour, l'activité ostéoblastique se met en sommeil.

Les effets cliniques sont la prévention des effets indésirables sur le tissu osseux, représentés essentiellement par des fractures et des compressions médullaires. L'efficacité antalgique n'est pas montrée par les études. Le bénéfice attendu des Biphosphonates en cas de métastases osseuses est le retard au premier

événement osseux indésirable. Le niveau de preuve reste faible en raison d'un résultat contradictoire des études.

Les effets indésirables des Biphosphonates sont les effets rénaux (contrôle impératif de la fonction rénale), des hypocalcémies, des uvéites et l'ostéonécrose mandibulaire.

Les divers Biphosphonates sur le marché n'ont pas les mêmes indications. Ils comportent tous une orientation vers l'hypercalcémie et l'ostéolyse du myélome. Ensuite, selon les produits, indication dans les métastases ostéolytiques des cancers du sein et pour le ZOLEDRONATE prostate, poumons et reins.

Se pose le moment de l'indication. Ni trop tôt ni trop tard, indique l'orateur. Toutefois l'espérance de vie doit être au minimum supérieure à 6 mois pour espérer un effet favorable. Action comme coantalgique ??? (les études les plus favorables montrent qu'il faut un traitement de deux ans pour espérer une efficacité).

Perspectives :

Prévention de la maladie osseuse métastatique. Certains produits semblent avoir cet effet mais en aucun cas il n'y a de différence de survie entre les groupes placebo et les groupes Biphosphonates.

Prise en charge du malade à domicile. Dr Yves DEVAUX (Centre Léon Bérard – LYON).

Le Dr DEVAUX présente une organisation des soins intéressante et complexe qui, en fait, ressemble beaucoup à un réseau de soins même si sa structure n'en porte pas le nom. Selon lui, le Centre Léon Bérard a mis en place cette interface à la suite d'essais de travail en commun avec les HAD, les SIAD, les libéraux, différents prestataires de Services Privés. Tous ces essais ont été des échecs.

Dans cette interface, travaillent plusieurs médecins et infirmières qui ont des actions de coordination. Coordination avec les différentes structures et en particulier libérales qui peuvent être mises en place. Coordination par des visites régulières et fréquentes auprès des malades pris en soins. Centre d'appels auprès des médecins traitants puisqu'un médecin reste en permanence au téléphone. Ces médecins sont cancérologues et peuvent décider de la fréquence des chimiothérapies, de leur date de début, cela en lien avec le médecin traitant. Les prises en charge sont longues, pouvant durer plusieurs années. Le mode d'action est donc multiple, technique, psychologique, social, etc.... A noter que cette interface dispose de 6 lits pour hospitalisations imprévues au Centre Léon Bérard.

En réponse à une question, le Dr DEVAUX a indiqué que pour l'ensemble des patients pris en charge par son interface, 2/3 étaient en chimiothérapie et 1/3 soit en phase palliative, soit en soins de confort.

Effets secondaires des Biphosphonates : le point de vue de l'odontostomatologue. Dr René GOURMET (Centre Léon Bérard à LYON).

Le Dr GOURMET définit l'ostéonécrose mandibulaire. Pour que le diagnostic soit retenu, il ne faut pas qu'il y ait eu de radiothérapie sur la mandibule, pas de métastase locale, pas de cicatrisation de la lésion après 6 semaines de traitement adapté. Selon lui, cette ostéonécrose mandibulaire est la conjonction de plusieurs facteurs avec l'action des Biphosphonates pour leurs effets anti-ostéoclastiques, des concentrations osseuses fortes, des perturbations des fonctions ostéoblastiques, et une action anti-angiogénique. En outre, le traitement anticancéreux sous forme de chimiothérapie joue un rôle de même que les facteurs bucco-dentaires locaux. 78 % des ostéonécroses mandibulaires sont révélés par une chirurgie dentaire.

Le risque de développer une ostéonécrose mandibulaire est cumulé avec le temps d'exposition aux Biphosphonates (risque majeur lorsque la durée du traitement dépasse 20 mois). Les Biphosphonates s'accumulent dans le tissu osseux et leur demi-vie est très longue.

Le traitement préventif avant la mise en place de Biphosphonates est un examen bucco-dentaire clinique et radiologique conduisant à des extractions préventives, à une bonne hygiène. Consultation de suivi tous les 4 mois pendant toute la durée du traitement.

Si des avulsions sont indispensables pendant le traitement par Biphosphonates, il faut interrompre ces produits 3 semaines avant le geste et les reprendre seulement 6 semaines après.

Os et anti-aromatases. Dr MALOCHET Sandrine.

Les anti-aromatases font diminuer la transformation des androgènes en oestrogènes et aggravent l'ostéoporose post-ménopausique.

Je retiens essentiellement la conclusion : « les anti-aromatases provoquent une perte osseuse certaine mais modérée. Le risque osseux est faible par fracture. Il est souhaitable de procéder à une densitométrie osseuse et à des radiographies du rachis dorsolombaire avant la mise sous aromatases ».

PETITES ANNONCES

- **L'EHPAD de Cunlhat** recherche un médecin coordonnateur.
Renseignement auprès du Dr Jamin au 06-08-21-59-83 ou directement à l'Ehpad au 04-73-72-70-00.
denis.jamin@free.fr
- **Le pôle Gériatrie-Gérontologie du CHRU** de Clermont-Ferrand dispose de 2 postes de médecins assistants des hôpitaux (temps pleins).
Contact : Dr Roland Lopitiaux 04-73-750-885 (rlopitiaux@chu-clermontferrand.fr)

COTISATIONS 2008

Le montant de la cotisation pour l'année 2008 est fixé à **25 euros**.

L'adhésion à la Société Régionale permet de participer gratuitement aux réunions annuelles (entrée + résumé des communications + repas) et de recevoir le Bulletin semestriel.

Vous pouvez faire parvenir directement votre cotisation au trésorier ou régler le jour des réunions.

Pour ceux qui souhaitent s'abonner à la Revue de Gériatrie à un tarif préférentiel, veuillez contacter le trésorier.



Siège social : HOPITAL NORD – 63118 CEBAZAT

Président : Docteur Régine MOUSSIER DUBOST
Tel 04.70.97.35.06
Regine.MoussierDubost@ch-vichy.fr

Vice-présidents : Dr Frédéric MARTINS CONDE
Tel 04.73.750.885 - Fax 04.73.75.08.87
fmartinsconde@chu-clermontferrand.fr

Dr Roland LOPITAUX
Tel 04.73.750.885 - Fax 04.73.75.08.87
rlopitiaux@chu-clermontferrand.fr

Trésorier : Dr Cyrus POURHADI
Centre Hospitalier Sainte-Marie
BP 21 43001 LE PUY Cedex
C.Pourhadi@Lepuy-groupe-sainte-marie.com

Secrétaire: Dr Patrick LEDIEU
Service de Soins de Longue Durée, Hôpital Nord
63118 CEBAZAT
Tel : 04 73 750.878 - Fax : 04.73.750.874
pliedieu@chu-clermontferrand.fr

Secrétaire Adjoint : (Le bulletin)
Dr Jérôme BOHATIER
Service de Médecine Gérontologie Clinique
Hôpital Nord - 63118 CEBAZAT
Tel : 04.73.750.885 - Fax : 04.73.750.887
jbohatier@chu-clermontferrand.fr

Membres :
Mme Florence BLAY
Dr Marie - Catherine BRUCHET
Dr Anne DEHE CASTERA
Mme Bernadette CHAPOUL
Mme Claire COURSOL OBERLE
Mme Agnès DETEIX
Mme Valérie GAUTHIER
Dr Zineb KABCHOU
Dr Anne PHILIPPE
Mme Claudine VALETTE

Rappels : - Un bureau élargi se réunit au moins 3 fois par an : tout sociétaire souhaitant participer à ce travail sera le bienvenu
- Pensez à adresser au secrétariat vos annonces, commentaires, textes...à faire paraître dans le prochain bulletin !

N'oubliez pas de vous vacciner contre la grippe !!!