

La prochaine journée se tiendra le **Samedi 28 Novembre 2009** à Clermont-Ferrand (à l'Institut de Formation Soins Infirmiers - Place Henri Dunant) sur le thème suivant :

HEMATOLOGIE DU SUJET AGÉ

❧

LA DEMARCHE ETHIQUE EN GERIATRIE

8 h 30 **Accueil des participants**

HEMATOLOGIE DU SUJET AGÉ

Modérateurs : Dr Régine MOUSSIER DUBOST - Dr Karine SOULIER-GUERIN

9 h 00 **Découverte d'une anémie : algorithme diagnostique**

Pr O.Tournilhac - Hématologie CHU

9 h 45 **Lecture critique de l'hémogramme d'un patient âgé**

Dr A. Fouilhoux - Médecine Polyvalente CH RIOM

10 h 15 **Le myélome de l'âge : quelle prise en charge aujourd'hui ?**

Dr K. Soulier Guerin - Médecine Interne / Gériatrie CHU

11 h 00 **L'anti coagulation du sujet âgé : le bon usage**

Dr Glace le Gars - Gériatre Hôpital local Billom

11 h 45 **Fin de la matinale**

12 h 00 **Assemblée Générale : renouvellement du CA, rapport moral et financier**

12 h 45 – 14 h 00 REPAS

13 h 45 **Réunion du CA : Election du bureau**

LA DEMARCHE ETHIQUE EN GERIATRIE

Modérateurs : Dr Patrick LEDIEU – Dr Jérôme PELLERIN

14 h 00 **La démarche éthique en gériatrie**

Dr Jérôme Pellerin - Psychiatre CH Charles Foix

15 h 00 **Cas cliniques**

L'entrée en institution

A. Deteix, C. Valette – ITSRA Clermont-Ferrand

L'annonce du diagnostic de maladie d'Alzheimer

Dr M. Davin – Pôle Gériatrie CH Moulins

Prise de décisions pour un patient présentant des troubles de la communication

Dr M-C Bruchet – Gériatre Hôpital local BILLOM

16 h 30 - FIN DE LA REUNION

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.

Prochaines dates : **Mardi 20 octobre et Mardi 15 Décembre 2009 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, au sein du CMRR, les dossiers jugés difficiles issus des différentes consultations mémoires de la région, en présence du Dr Didier DEFFOND neurologue et de Blandine Buisson et Julien Couttier neuropsychologues.

Prochaines dates : **Mardi 13/10, 20/10, 17/11, 1^{er}/12 et 15/12, de 17H00 à 18H00**, même adresse.

CALENDRIER GÉRONTOLOGIQUE

- 24 octobre 2009 – Vichy – « Nutrition » - Clic Amareis – Mme F Blay (04-70-31-72-97)
- Du 25 Novembre 2009 au 27 Novembre 2009 – Clermont-Ferrand - 26^e Congrès annuel de la Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme "Nourrir l'homme malade" - www.sfnep2009.com
- 25, 26 Novembre 2009 - ISSY LES MOULINEAUX Palais des Arts et des Congrès - 4^{ème} Congrès National de l'Animation en Gériatrie « Communication et animation avec les personnes âgées en perte d'autonomie » » <http://cnag2009.comm-sante.com/#MT>
- 26, 27 Novembre 2009 – Poitiers - Congrès national de la FISAF (Fédération Nationale pour l'Insertion des Personnes Sourdes et des Personnes Aveugles en France) « Avancée en âge, déficiences sensorielles, quels enjeux, quelles perspectives, quelles réponses ? » www.fisaf.asso.fr
- 5 Décembre 2009 – Clermont-Ferrand – IFSI – 2^{ème} journée du CMRR Auvergne – www.sgca.fr
- 14, 15 Janvier 2010 – PARIS - 11^{èmes} Rencontres de Gériatrie Pratique www.gerontologie-pratique.com/

DOCUMENTATION

- Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation www.has.fr ou www.sgca.fr
- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs www.has.fr ou www.sgca.fr
- Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie, rapport de l'INCa www.e-cancer.fr ou www.sgca.fr

BREVES DE CONGRES ...

Congrès mondial de Gérontologie (IAGG) – Paris – Juillet 2009

Drs K Soulier-Guérin et M Devès

Immunothérapie dans la maladie d'Alzheimer :

De nouveaux résultats montrant une stabilisation de l'état cognitif sous Ig intraveineuses , mais toujours avec de petits effectifs(24) ,et un suivi relativement court(9 mois)

MCI et entraînement.

Des programmes d'entraînement cognitifs mis en place pour des patients remplissant MCI ou porteurs de troubles cognitifs liés à l'âge ont montré une amélioration des performances d'autant plus que les patients sont jeunes et d'un bon niveau socio culturels .Les résultats des tests neuropsychologiques sont corrélés à des modifications dans les aires cérébrales impliquées dans la mémoire en IRM fonctionnelle.

NEPHROLOGIE :

Deux communications réalisées par la PHP remettent en cause la supériorité en termes d'évaluation de la fonction rénale par la méthode MDRD chez les SA. En effet, dans leurs études menées en CSG, la corrélation entre clairance calculée et mesure de la clairance de la créatinine mesurée est meilleure avec la formule de Cockcroft (communications orales OB6 004-1 ; OB6 004-2).

D'autres études sont en cours avec la formule initiale de MDRD incluant 7 items dont l'albumine.

DERMATOLOGIE.

Un nouveau concept fait son apparition : la dermatoporose que nous connaissons en fait tous chez nos SA.

La physiopathologie impliquerait la voie de l'acide hyaluronique qui intervient dans la maintenance de la croissance épithéliale et l'élasticité cutanée.

Elle se classe en 4 stades : 1 : purpura de Batman, atrophie cutanée ; 2 : ulcérations superficielles ; 3 : décollement cutané, scalp ; 4 : DDP pour « deep dissection hematoma » cad hématome sous cutané disséquant. Ce 4^{ème} stade correspond à une complication majeure avec un taux de mortalité élevé (40%), survient surtout chez les femmes, dans 50% des cas, il existe un traitement anticoagulant et le diagnostic d'érysipèle peut être porté à tort. Le traitement consiste à drainer l'hématome pour éviter la nécrose cutanée.

Les traitements émollients prescrits sont peu efficaces, des essais prometteurs sont en cours avec des fragments d'acide hyaluronique permettant de retrouver sa peau « d'antan ». Les rétinoïdes et les activateurs du CD44 sont aussi en test.

Pour plus de renseignement, lire le bel article Dermatology 2007 ;215 :284-94.

NUTRITION :

Dans une métaanalyse récente du BMJ, la vitamine D3 à forte dose serait plus efficace que la D pour diminuer le risque de fracture et de chutes. Même chez les sujets institutionnalisés, -20% des fractures non vertébrales, -18% des fractures de hanche pour des doses > 480 UI/j.

Nous allons vers une augmentation future des doses de vitamine D recommandée devant la preuve d'effets extra-osseux (muscle+++) avec des doses de 700 à 1000 UI/j en cours d'études.

Les compléments nutritionnels par voie orale permettent d'améliorer le poids et d'augmenter le BMI. Par contre dans la métaanalyse récente de Cochrane ou les études de Lauque (JAGS 2004), il n'y a pas d'effet sur le statut fonctionnel.

ONCOGERIATRIE :

Cancer du sein :

Le diagnostic de cancer de sein chez les SA fragiles agés de plus de 80 ans est moins souvent fait par la mammographie mais plus par l'autoexamen donc à un stade plus tardif et avancé. Mofardini propose de reconsidérer la mammographie au-delà de 80 ans pour permettre des diagnostics plus précoces.

Balducci a montré que le traitement adjuvant d'un néo du sein à un stade précoce diminuait le nombre de récurrence (à 20 ans) et ce jusqu'à 85 ans.

Droz a montré que la cardiotoxicité en cas de chimiothérapie par anthracyclines dépend de l'âge et d'une maladie cardiovasculaire préexistante ; néanmoins, il n'y a pas de différence significative en termes d'apparition d'insuffisance cardiaque chez les > 71 ans vs < 70 ans.

Evaluation oncogériatrique :

Elle permet de classer les patients atteints de cancer en 3 stades : frail, préfrail et vieillissement réussi dans le but d'adapter le traitement et de mettre en place un support social, nutritionnel...

Lors d'une étude de Vouriot portant sur 200 patients en prospectif ; 78% des patients étaient considérés comme fragiles. Elle a permis de faire adapter le traitement dans 32% des cas. La concordance entre oncologue et gériatre est bonne (97%), et la satisfaction du patient bonne. Le même style d'étude a été réalisé par Chaibi, avec 49 % de modifications proposées dont 28% d'augmentation des doses de chimiothérapie.

CARDIOLOGIE

De nombreuses études (Affirm, Race, AF-CHF) ont montré que tolérer la FA était comparable à la réduction de la FA (cad Fc de repos comprise entre 60 et 80/min et pour exercice modéré entre 90-115). Une étude (BAFTA) est en cours pour le score 1 de CHADS sur la problématique AAP versus AVK.

Une étude (CABANA) a montré que l'ablation du nœud était possible et réalisable avec des effets comparables chez les sujets agés.

Dans une récente méta-analyse ; tous les antiarythmiques fonctionnent mais la cordarone reste l'antiarythmique de choix chez les SA.

A noter la sortie prochaine d'une « nouvelle cordarone » la dronedarone avec moins d'effet secondaire et à priori aussi efficace.

Colloque national « La Fin d'une Vie : les questions « vitales » que l'on se pose sur la mort : aspects éthiques, juridiques et médico-sociaux »

les 26, 27 et 28 mai 2009 à La Bourboule.

Très vite le débat s'est ouvert sur la question de la légalisation ou non de l'euthanasie. Nous vous proposons de résumer le débat de ces trois journées en synthétisant les arguments qui furent avancés.

Tout d'abord, rappelons que la Loi Léonetti, votée le 22 avril 2005, précise les droits des patients et organise les pratiques à mettre en œuvre quand la question de la fin de vie se pose. Elle est donc très importante, mais trop souvent mal connue.

Le Dr Devalois, médecin en service de Soins Palliatifs à Puteaux (92), formalise dans le tableau suivant les éléments à prendre dans le cadre de la Loi et de la fin de la vie, lors que la question des **LATA (Limitation Arrêt des Traitements actifs)** de maintien en vie artificiel dans une situation déraisonnable (soins « futiles » au sens de « futilités » qui n'a pas de sens, soins inutiles ou disproportionnés) se pose.

	Patient capable d'exprimer sa volonté	Patient non en capacité d'exprimer sa volonté
Patient maintenu artificiellement en vie Section 1 Principes généraux	1. Obligation du respect de la décision du malade Article 4	2. Possibilité de limitation ou arrêt des traitements actifs (LATA) Décision collégiale intégrant les indications des souhaits du patient Article 5
Patient en phase avancée ou terminale d'une affection incurable Section 2 Expression de la volonté des malades en fin de vie	3. Obligation de respect de la décision du malade Article 6	4. Possibilité de limitation ou arrêt des traitements actifs (LATA) Décision collégiale intégrant les indications des souhaits du patient Articles 7, 8-9

Tout le monde s'accorde sur le fait :

☞ **qu'il convient en premier lieu de continuer à développer les soins palliatifs, la formation des personnels médicaux et paramédicaux**

☞ **que les soins palliatifs ne sont pas encore accessibles partout (pas assez de centres référents, de lits)**

☞ **Que la loi Leonetti est très mal connue du grand public et surtout des médecins et soignants eux-mêmes, donc très peu appliquée.**

Les « OPPOSANTS » à la dépenalisation de l'euthanasie	Les « FAVORABLES » à une « euthanasie dépenalisée et encadrée »
Leurs défenseurs	
(courants religieux, Pr R.Schaerer, philosophe J.Ricot, Dr B.Devalois, Mr T.Chapel, sociologue, M.de Hennezel, psychologue, témoignage de Maryannick Pavageau, JALMALV)	(ADMD, Grand Orient de France, Libre Penseurs, témoignage de Mr Mme Pierra) <i>A noter l'intervention du Dr Van Vooren, président de la Fédération Bruxelloise de Soins Palliatif, en Belgique, où l'euthanasie est légalisée mais doit rester une exception extrêmement encadrée et entourée de moult précautions.</i>

Les arguments	
Mauvaise diffusion et application de la loi Leonetti et des soins palliatifs → fantasmes effrayés face à la fin de vie	Ne pas « laisser mourir de faim et de soif »
Risque de ne plus développer les Soins Palliatifs s'il y a la solution euthanasique	Euthanasie comme recours quelque soit le statut social du patient (« justice sociale »); les personnes à hauts revenus pouvant se rendre à l'étranger, dans les cliniques ou le suicide assisté est pratiqué, ce qui n'est pas le cas des personnes à faibles revenus qui souhaiteraient bénéficier de ces pratiques mais ne le peuvent pour des raisons pécuniaires.
Risque de dérive et d'abus lorsque le malade n'est plus en état de s'exprimer. Qui est demandeur ? La famille ? Les soignants ? Pour quelles raisons ? (y compris économiques)	Respect de la volonté lucide du malade (quand il est conscient)
Danger à justifier socialement le meurtre, porte ouverte à toutes les dérives.	Eviter les euthanasies «à la sauvette» et de manière abusive en encadrant la pratique par une loi stricte, visant à limiter les abus.
Risque de dérives eugénistes, en dissociant « ceux dont la vie mérite d'être vécue » et les autres + considérations économiques qui n'ont pas à dépasser celles de l'humain, car cela vient changer l'échelle des valeurs face à la vie. La dignité de la personne induit la non-hiérarchisation des vies et l'impossibilité de leur donner un prix, à l'inverse des choses	Question du coût économique de l'acharnement thérapeutique.
L'euthanasie risque d'aboutir à une « Mise à mort » pour évacuer la question du besoin de soulagement et d'accompagnement humain	Eviter les agonies non soulagées médicalement ou même supprimer le temps de l'agonie aboutir à une mort douce, programmée
Le risque essentiel est ne pas prendre le temps d'écouter la demande réelle du patient, derrière sa demande de mort ; attention à la confusion entre une demande=appel à l'aide (bouffée anxieuse) et qui n'est pas une réelle demande euthanasique. Le désir de mort	Prendre en compte la demande éclairée et réitérée de la personne souffrante La possibilité d'avoir recours à l'euthanasie peut finalement donner à la personne en fin de vie l'envie d'aller jusqu'au bout parce qu'elle est assurée qu'au moment ultime elle pourra être

<p>n'est pas forcément une demande de passer à l'acte. Euthanasie=décision irrévocable</p>	<p>aidée à partir sans souffrance.</p>
<p>Question de la dignité qui « passe par ce qui est renvoyé par le regard de l'autre ». Accompagner la fin de vie c'est aussi reconnaître à celui qui meurt la dignité de tout être humain, de tout être vivant, qui peut apporter à l'autre, quelque soit son état de dégradation physique et/ou psychique Certaines souffrances sont insupportables, mais ce n'est pas pour autant que la personne perd sa dignité. Il y a un effort à faire pour disjoindre ce qu'on appelle le vécu de la personne, son émotion, de l'affirmation d'une dignité qui transcende les particularités.</p>	<p>Respect de la conception qu'a le malade de sa *DIGNITE « échelle des valeurs face à la dégradation », notion subjective de la dignité ; préserver l'image qu'on laisse à son entourage *LIBERTE L'individu est propriétaire de sa propre vie. Il est donc libre de se l'ôter : il a son « libre arbitre », et a le droit de disposer de son corps et de sa mort « Je suis seul à pouvoir décider de ce qui est bon pour moi , de mon degré de qualité de vie c'est une affaire entre soi et soi. »</p>
<p>Il est vrai qu'il existe des transgressions exceptionnelles, dans les situations rares et épouvantables : mais si on transgresse, on se soumet au jugement, qui peut être plus ou moins clément. Par contre, si on légalise les exceptions, ce ne sont plus des exceptions.</p> <p>Légaliser l'euthanasie c'est aussi violer l'interdit anthropologique de tuer. Or, les interdits sont anthropologiquement structurants, comme l'interdit du meurtre qui est présent dans toutes les sociétés. Annuler cet interdit c'est remettre en cause les fondements de la société. Certaines formes de meurtres s'en trouveraient socialement légalisées. Euthanasie légalisée= meurtre légalisé.</p>	<p>Prendre en compte les euthanasies réellement effectuées aujourd'hui et éviter aux médecins et aux soignants, qui ont accédés à la demande réitérée du patient d'être poursuivis pénalement (affaire Humbert) et de porter une trop grande responsabilité individuelle.</p>
<p>L'euthanasie ne considère pas le tiers aidant comme un individu, mais comme un moyen pour faire mourir l'autre → question de sa culpabilité, de sa responsabilité d'être humain qui vient d'ôter la vie à un autre être humain Un soignant qui accepte de donner délibérément la mort n'en sort pas indemne. Un soignant par essence ne peut donner la mort : illusion de prétendre vouloir maîtriser quelque chose de la souffrance et de la mort pour soi-même et pour les autres. Cette idée de « Toute-puissance » est dangereuse.</p> <p>« Et comment un soignant peut-il faire face à la blessure jamais curable d'avoir du ôter la vie à</p>	<p>Encadrer la pratique pour soulager le tiers de sa responsabilité individuelle</p>

<p>autrui ? »(René Schaerer)</p>	
<p>Notion de Bienfaisance et de Bienveillance (modèle « latin ») attention à l'autonomisation excessive du patient qui serait seul à savoir ce qui est bien pour lui (retrouver la juste mesure, la « saine tension » entre médecin et patient, sans retour au paternalisme), mais tout en privilégiant le <u>dialogue</u> et la <u>relation de confiance</u> réciproque entre soignant (quel qu'il soit) et soigné.</p>	<p>Notion d'autonomie, d'autodétermination (modèle anglo-saxon)</p>
<p>Argument religieux : l'homme remet sa vie et sa fin entre les mains de Dieu. Aucun être humain ne peut décider du moment où une vie doit s'arrêter, notamment dans le cas où la personne n'est plus apte à s'exprimer.</p>	<p>L'homme est propriétaire de sa vie et il est le seul juge du moment où il convient de la terminer.</p>
<h2>Citations</h2>	
<p>« Le doute doit profiter à la Vie » (A.M. REGNOUX)</p> <p>« Ne pas passer du « laisser-mourir » au « faire-mourir » (A.M. REGNOUX)</p> <p>« Le mourant peut ressentir une souffrance « spirituelle » ; c'est celle qui est ressentie quand l'être humain se sent coupé de la vie à la fois de manière transcendante (sens vertical), des autres humains car se sent incompris, exclus (sens horizontal), et étranger à lui-même, « coupé de soi » (intérieur) ; cela en fait un véritable exilé ; l'essence du soin, c'est quelqu'un qui vient se rendre présent, dans une distance intime ; c'est un accompagnement mutuel. » (Tanguy Chatel)</p> <p>« Faut-il donner la mort (= supprimer le souffrant » pour soulager les souffrances ? » (J. RICOT)</p> <p>« Il arrive qu'un patient demande que l'on mette fin à ses jours, non parce qu'il souffre ou ne supporte plus sa situation, mais parce qu'il se sent une charge pour son entourage... »</p>	<p>« Réfléchir à un « testament de vie » et à un possible « suicide assisté, pour ne pas laisser à d'autres le soin de décider pour soi »(Grande loge de France)</p> <p>« Que chacun puisse, à sa stricte demande, bénéficier d'une mort consentie, serine et digne, la dignité étant une convenance envers soi dont chacun est seul juge. Cette demande d'aide à mourir doit être évidemment libre, consciente, réitérée et révocable à tout moment, parce qu'il s'agit d'une liberté dont chacun usera ou n'usera pas »(ADMD)</p> <p>« Développer les soins palliatifs mais se réserver une possibilité de proposer le suicide assisté s'il n'y a pas d'autre alternative »</p>

<p>(Fédération Bruxelloise de Soins Palliatifs)</p> <p><i>« Développer les soins et la culture palliative pour qu'il n'y ait plus jamais besoin d'arriver jusqu'à l'euthanasie, qui à ce moment-là est un échec des soins »</i></p> <p><i>Maryannick Pavageau (atteinte du LIS): « Nous permettez-vous d'être aimés vivants ? »</i></p> <p><i>« L'homme s'adresse à Dieu : « Donne-moi la vie si la vie est bonne pour moi. Donne-moi la mort si la mort est bonne pour moi ».</i></p> <p><i>L'être humain remet sa vie et sa fin entre les mains de Dieu. »</i></p>	
--	--

Nous laissons à chacun la liberté de se forger sa propre conviction.

Cet article a été réalisé par le collectif des soignants ayant participé au colloque

Et plus particulièrement par :

Inès Garcia

Laura De Magalhaes

Nathalie Miclet

Christelle De Conto

Elizabeth Grégoire

NOUVEAU

GERONTOLOGIE PARTICIPATIVE

Nous souhaitons organiser une consultation de nos membres sur le déroulement des journées de la SGCA.

Pour cela, nous vous demandons de bien vouloir nous faire parvenir un mail à l'adresse : contact@sgca.fr mentionnant vos préférences concernant le jour de la réunion : Vendredi ou Samedi.

Vous pouvez également nous indiquer :

- vos souhaits pour de futurs sujets à aborder dans le cadre de la SGCA
- votre volonté de recevoir ou non les prochains bulletins par mail plutôt qu'en format papier (c'est notre fibre écologique qui parle)

Merci de prendre quelques minutes de votre temps pour nous répondre.

NOUVEAU

COTISATIONS 2009

Le montant de la cotisation pour l'année 2009 reste fixé à **25 euros**.

L'adhésion à la Société Régionale permet de participer gratuitement aux 2 réunions annuelles (entrée + résumé des communications + repas) et de recevoir le Bulletin semestriel.

Droit d'inscription pour une journée de la société de Gérontologie : 30€ pour les non-membres

Droit d'inscription pour une 1/2 journée de la société de Gérontologie : 15€ pour les non-membres

Vous pouvez faire parvenir directement votre cotisation au trésorier (cf adresse ci-dessous) ou régler le jour des réunions.

• Une cotisation conjointe SGCA + SFGG (Société Française de Gériatrie et Gérontologie) est possible pour **50 euros** (au lieu de 25 + 50). L'adhésion à la SFGG permet de recevoir ses comptes rendus et de bénéficier de réductions aux congrès nationaux.

Pour cela, il suffit d'en faire la demande auprès de notre trésorier qui se chargera directement de faire l'inscription à la SFGG (et bien sûr de régler votre cotisation d'un montant de 50 € au lieu des 25 € habituels).



Siège social : HOPITAL NORD - 63118 CEBAZAT

Secrétaire: **Dr Patrick LEDIEU**
Service SSR - CSG
Centre Hospitalier - Bd Etienne Clémentel
63204 RIOM cedex
Tel : 04 73 67.80.00 - Fax : 04.67.80.06
p.ledieu@ch-riom.fr

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

Secrétaire Adjoint : **Dr Jérôme BOHATIER**
(Le bulletin)
Service de Court Séjour Gériatrique 1
Hôpital Nord - 63118 CEBAZAT
Tel : 04.73.750.885 - Fax : 04.73.750.887
jbohatier@chu-clermontferrand.fr

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

Responsable site internet **Docteur Jérôme MATHIEU**
CH Moulins-Yzeure
Pôle Gériatrie
10, av. du Général de Gaulle
BP 609 03006 MOULINS Cedex
Tel : 04 70 35 79 30 Fax : 04 70 35 79 28
Mail : j.mathieu@ch-moulins-yzeure.fr

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

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

Trésorier Adjoint : **Dr Valérie MACTOUX**
Service de Court Séjour Gériatrique 2
Hôpital Nord - 63118 CEBAZAT
vmactoux@chu-clermontferrand.fr

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 !

Contre la grippe saisonnière, vaccinez vous, protéger les !

N'oubliez pas : www.sgca.fr