

La Journée
Scientifique 2025
de la SSGC

19 Septembre 2025
La Cité des Échanges
Marcq-en-Barœul - Lille

"Innovations et bonnes pratiques en gériatrie"



PATIENTS AGES, ALZHEIMER ET IMMUNOTHERAPIES ANTIAMYLOIDES QUELLE ELIGIBILITE EN PRATIQUE COURANTE ? RETOUR D'EXPERIENCE DU CHU DE LILLE (pôle de GERONTOLOGIE)

Nicolas HABIB, Dominique HUVENT-GRELLE, François PUISIEUX



INTRODUCTION MÉTHODES RÉSULTATS DISCUSSION

■ Contexte

- Les troubles neurocognitifs sévères touchent 50 millions de patients dans le monde (OMS, 2024).
- Dans 60 à 70% des cas, le diagnostic retenu est celui de la maladie d'Alzheimer (OMS, 2024) .
- MA= Maladie neurodégénérative décrite par Aloïs Alzheimer en 1906 caractérisée par deux lésions principales
 - Les plaques amyloïdes.
 - Les dégénérescences neurofibrillaires, par la protéine Tau.
- Théorie de cascade amyloïde (JOHN HARDY, 1991) :
 - Accumulation des protéines bêta-amyloïdes, induisant le dysfonctionnement cognitif
 - Dérèglement secondaire de la protéine Tau.
- Dès 1976: MA = cause la plus fréquence des TNC et 4^{ème} cause de décès aux USA (ROBERT KATZMAN, 1976).

INTRODUCTION MÉTHODES RÉSULTATS DISCUSSION

■ Thérapeutiques :

■ Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase :

- Le premier traitement proposé est la TACRINE, en 1994.
- Trois autres traitements depuis 1997 : Le DONEPEZIL, la RIVASTIGMINE et la GALANTAMINE.

■ Antagoniste non compétitif des récepteurs NMDA :

- MEMANTINE

■ Arrêt du remboursement depuis l'été 2018 (*cf. recommandations HAS*)

■ Actuellement, les 4 thérapeutiques disponibles en France contre la maladie d'Alzheimer ne sont que symptomatiques.

INTRODUCTION MÉTHODES RÉSULTATS DISCUSSION

■ L'immunothérapie anti amyloïde :

- Dans les années 2000 émerge le concept de « *disease-modifying therapy* »
- Depuis 2019, les essais cliniques se multiplient aux USA :
 - Trois essais positifs, en phase 3, selon des résultats publiés en 2023 (*EMERGE, ENGAGE et TRAILBLAZER-ALZ 2*).
 - L'ADUCANUMAB, le DONANEMAB, et le LECANEMAB.
 - 2 molécules = échec lors des essais cliniques : le GANTENERUMAB et le CRENEZUMAB.

Les Anticorps monoclonaux visent à accélérer la clairance de l'amyloïdopathie cérébrale.

INTRODUCTION MÉTHODES RÉSULTATS DISCUSSION

- **Des traitements prometteurs engendrant toutefois des effets secondaires importants** (*DELRIEU 2023, SATO 2024*).
 - Les *ARIA*, anomalies liées à la disparition des plaques amyloïdes, visibles à l'imagerie :
 - Lésions à type d'œdème et d'hémorragie. la plupart sont silencieuses et sans conséquence.
 - Nécessite un suivi clinique et par IRM rapprochés,
 - Concernent plus fréquemment les patients porteurs de l'allèle *APOE₄*, et les patients sous traitement antithrombotique (*PITTOCK 2023, FORTEA 2024*).

INTRODUCTION MÉTHODES RÉSULTATS DISCUSSION

Objectifs de l'étude

- Identifier le **nombre** et les **caractéristiques** des patients âgés accueillis en **hôpital de jour** et **consultation mémoire** à l'hôpital Les Bateliers **en 2022**, éligibles aux **critères d'inclusion** d'un traitement par **immunothérapie anti amyloïde** (réf : *protocoles éligibilité ADUCANUMAB, LECANUMAB*).
- Objectifs secondaires :
 - Evaluer les **caractéristiques** des patients âgés **exclus**.

INTRODUCTION **MÉTHODES** RÉSULTATS DISCUSSION

■ Il s'agit d'une étude :

- Observationnelle, rétrospective et monocentrique
- Réalisée à partir du registre de patients ayant consulté en HDJ et consultation mémoire aux Bateliers du CHU de Lille.
- Période de 1 an (2022) .

- Les données ont été recueillies par un questionnaire rédigé à partir des protocoles des centres testant l'ADUCANUMAB et le LECANUMAB, traduits en français et complété par mes soins.
- L'analyse statistique a été réalisée à l'aide d'un tableau Excel. Aucun test statistique n'a été effectué compte tenu du caractère descriptif de notre étude.

■ Un certain nombre de données a été recueilli pour tous les patient inclus comme, par exemple :

- Les caractéristiques démographiques : Le genre, l'âge, le lieu de vie, le niveau d'étude, la présence d'un entourage, ...
- Les résultats du bilan mémoire : Score MMSE et diagnostic clinique des TNC, les explorations complémentaires réalisées (IRM, Ponction lombaire ...)
- Les traitements associés,
- La présence d'une pathologie instable,
- Les antécédents médicaux.

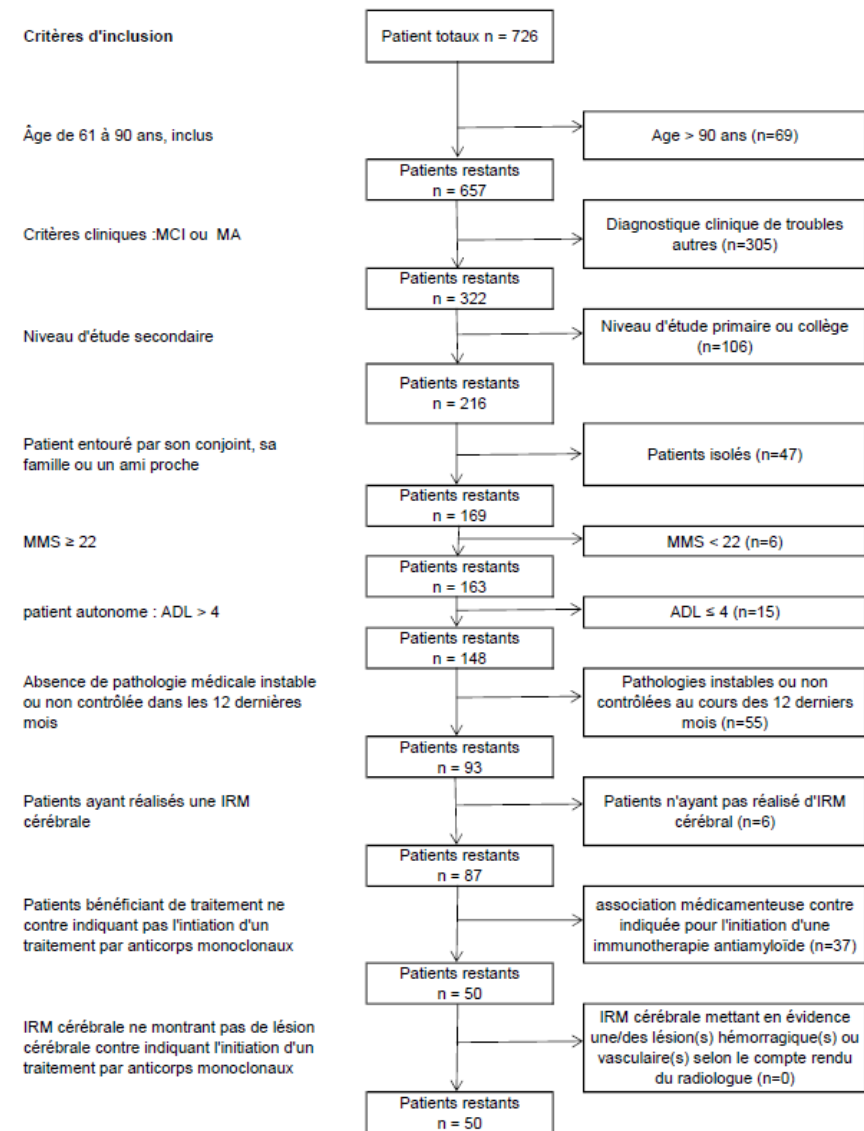
INTRODUCTION MÉTHODES **RÉSULTATS** DISCUSSION

■ Caractéristiques des patients (inclusion, exclusion):

- Au total, **726 patients** ont été accueillis
- Âge moyen : **82,2 ans**
- 68,5 % des patients étaient des **femmes**
- La plupart était **accompagné** par un proche (85,7%)
- Pour **79,5%** : début des troubles cognitifs **moins de 2 ans**.
- 85% des patients avaient un MMS ≥ 22
- 63,2% d'entre eux étaient **polypathologiques** et **polymédicamentés**
- 22,6% bénéficiaient d'un **traitement contre indiqué** avec l'injection d'une immunothérapie anti amyloïde
- Pres d'un tiers (32,9%) avait reçu le diagnostic de **TNC mineurs (MCI)** , et 20,2% celui de **MA « clinique »**
- Paraclinique : 96% des patients avaient réalisé une **IRM cérébrale**, 9 une **TEP-FDG**, 4 une **ponction lombaire** et aucun n'avait réalisé de **TEP-amyloïde**
- Aucun patient n'avait bénéficié d'une recherche de son statut APO E
- Prescription d' un **INHIBITEUR DE L'ACÉTYLCHOLINESTÉRASE** dans 7,2% des cas, 2,6% étaient sous **MEMANTINE**.

INTRODUCTION MÉTHODES **RÉSULTATS** DISCUSSION

- L'immunothérapie anti amyloïdes n'étant pas disponibles en France, les patients ne s'étaient pas vu proposer systématiquement la réalisation d'une ponction lombaire ou d'une TEP-Amyloïde.
 - Au total, 46 patients (6,3%) étaient « éligibles cliniquement »
- Après application de l'ensemble des critères d'éligibilité actuels (protocoles des études):
 - Seul 4 patients étaient éligibles (0,55%), après confirmation du diagnostic de MA avec une ponction lombaire.



INTRODUCTION MÉTHODES RÉSULTATS **DISCUSSION**

■ **Limites**

- Etude monocentrique, rétrospective.
- Aucun patient n'a réalisé de recherche concernant son statut APO E, ni de TEP-amyloïde.
- Nous n'avons pas utilisé la classification des biomarqueurs A/T/N, publiée par JACK en 2016.

■ **Forces**

- **4 articles** publiés dans la littérature évoquent la prescription des traitements par immunothérapie anti amyloïde et la « vrai vie » (« *real-world* »),
- La problématique « en vraie vie », en France, n'est pas étudiée dans la littérature française.

INTRODUCTION MÉTHODES RÉSULTATS **DISCUSSION**

Comparaison avec les études « de vraie vie »

- Deux études italiennes :
 - En 2021, à Milan, CANAVELLI évalue à **0,66%** la proportion de patients éligibles
 - La même année, à Brescia, PADOVANI obtient des résultats plus optimistes à **12%**
- En 2023, dans une étude américaine publiée par PITTOCK :
 - **8%** de patients éligibles à un traitement par LECANEMAB
 - **5,1%** de patients éligibles à un traitement par ADUCANUMAB.

Notre étude :

- 46 patients sur 726 (**6,3%**) étaient « éligibles cliniquement »
- Seuls 4 patients avaient confirmé le diagnostic avec une ponction lombaire, soit **0,55%**.

INTRODUCTION MÉTHODES RÉSULTATS **DISCUSSION**

Les critères d'inclusion

- Des critères très stricts :
 - Diagnostic de **trouble cognitif léger** ou d'une **maladie d'Alzheimer « prodromique, légère »**.
 - Réalisation **d'examen non réalisé en pratique courante** : TEP-amyloïde, TEP-tau, ponction lombaire.
 - Examens non invasifs
 - Diagnostic plus précoce grâce à une approche double, clinique et biologique.
 - Classification recommandée A/T/N
 - Définition biologique **ne suffisant pas à établir le diagnostic** et étiqueter les patients (ZHOU, 2024)
 - Algorithmes concernant les biomarqueurs **non validés en population générale** (ZHOU, 2024)
 - « **Classification : not defined** », 54% des patients dans une études suédoise (ROSEMBERG, 2022)
 - Variante du gène ApoE4 est associée à un risque accru de maladie d'Alzheimer :
 - **Quasi-totalité** des patients d'une cohorte récente, **homozygote ApoE4** ont **développé une MA** (FORTEA, 2024)
 - Recherche de l'ApoE exigée dans les protocoles, **non pratiquée en dehors de la recherche**.

INTRODUCTION MÉTHODES RÉSULTATS **DISCUSSION**

Les critères d'exclusion

■ L'absence d'entourage :

- Evoquée dans la littérature par le *Dr DELRIEU en Juin 2023*.

Dans notre étude :
Avec ces deux critères, : plus de 100 patients exclus (16%).

■ L'âge :

- Inférieur à 85 ans pour le DONANEMAB et Inférieur à 90 ans pour le LECANEMAB
- Traitement : pourtant plus efficace chez les sujets les plus âgés (*CLARITY, 2022*)

■ Seuil au **MMS** supérieur à 20 pour le DONANEMAB, et 22 pour le LECANEMAB

- **Peut sembler élevé** pour les sujets âgés
- Questions : **la barrière de la langue** et des **formes amnésiques de MA** abaissant artificiellement le score au MMS

■ Que faire en cas de discordance entre la TEP et la ponction lombaire ?

INTRODUCTION MÉTHODES RÉSULTATS **DISCUSSION**

Comorbidités et Contre-Indications

- En gériatrie, les TNC avec **part neurodégénérative et cérébro-vasculaire** associées sont fréquents : notre étude : 31,4%
 - Exclusion définitive selon les critères des protocoles précités
- De nombreuses **comorbidités** constituent un critère d'exclusion (cancers, infections...) : 63,2%
 - Réévaluation du dossier une fois la problématique stabilisée ou résolue ?
- **Contre-indication à la PL ou à l'IRM :**
 - Le développement des biomarqueurs sanguins apporterait une solution dans l'avenir
- La **recherche de l'ApoE :**
 - Non réalisé en pratique courante, risque majoré d'ARIA hémorragique chez les patients ApoE4 (SATO, 2024)
- Quid de l'efficacité des traitements, des **effets secondaires** dans les **différentes ethnies** ? Essais= USA principalement
L'efficacité et la tolérance des immunothérapies anti-amyloïdes pourraient-elles différer chez les patients d'origine africaine, asiatique ou maghrébine ?

INTRODUCTION MÉTHODES RÉSULTATS **DISCUSSION**

Les traitements concomitants

- **Les traitements anticoagulants :**
 - Prescriptions fréquentes chez les sujets âgés
 - Faudrait-il discuter de la proposition d'une fermeture de l'auricule si le patient souffre de fibrillation atriale ?
 - Que faire lors d'un traitement anticoagulant temporaire (phlébite, embolie pulmonaire), exclusion définitive ou temporaire ?

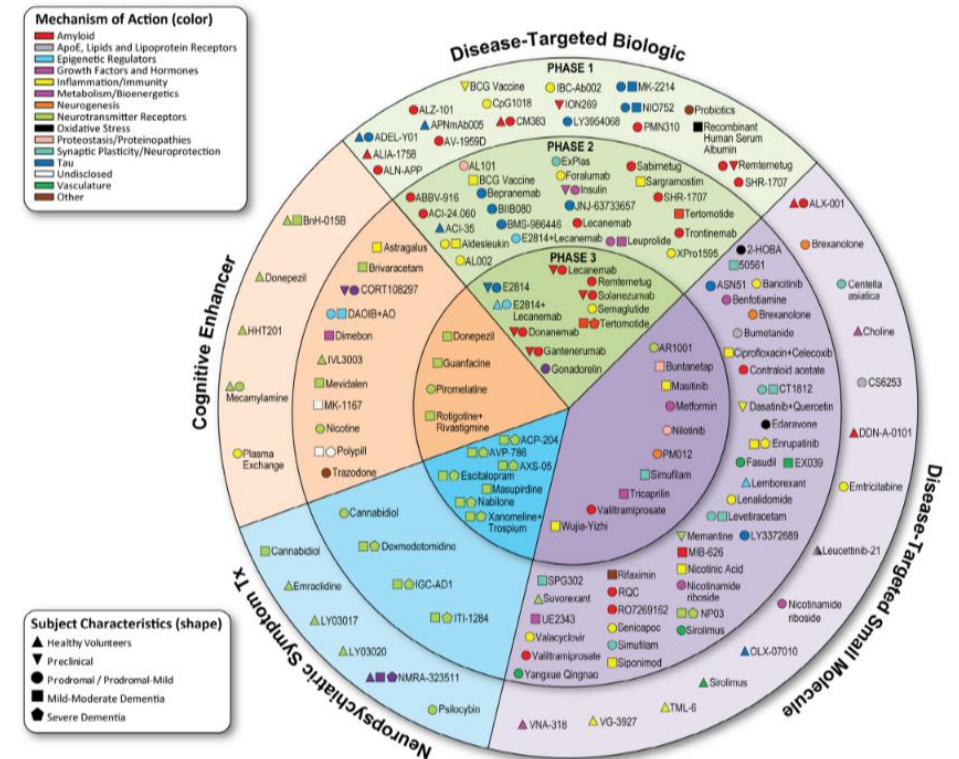
Dans notre étude :
23% des patients

INTRODUCTION MÉTHODES RÉSULTATS **DISCUSSION**

Problématique du coût

- Prix de la molécule évalué de **12.522 à 60.000 \$/an/patient** aux USA
 - **Inclus** la prise en charge à l'hôpital ou en clinique
 - **Inclus** le monitoring et la surveillance IRM
- Problématique étudiée par OZAWA, en 2023: **obligation à terme de développer des traitements moins complexes**
- Prix non fixé en Europe.
 - Evaluation de la balance bénéfice/risque à moyen et long terme sur le plan cognitif, la qualité de vie...
 - Juillet 2024 : DONANEMAB, 47% des patients avec une clairance bêta-amyloïde suffisante pour arrêter le traitement à un 1 an ?





CONCLUSION

- **La prise en soins des patients âgés Alzheimer par immunothérapie anti amyloïde constitue un véritable défi pour les gériatres, il semblerait indispensable de :**
 - **Inventer un parcours de soins spécifique** avec création d'outils d'information communs (avec des informations honnêtes, loyales, transparentes comme dans les filières cancer et greffes d'organe), réalisation chez tous les patients d'une Évaluation Gériatrique Standardisée (analyse des comorbidités, traitements associés,) en lien avec les sociétés savantes.
 - Créer des **RCP spécifiques multidisciplinaires** (bénéfices ? risques ?) et **une filière dédiée** (comme dans le cancer) incluant les gériatres, les psychiatres, les neurologues, les radiologues (formés aux ARIA), les médecins de médecine nucléaire (TEP), les biologistes (PL), les urgentistes (effets secondaires), ... Il sera indispensable d'inclure dans la boucle le médecin traitant et le pharmacien.
 - Mettre en place une **meilleure prise en charge** des facteurs de risque et comorbidités cardiovasculaires, dont notamment la fibrillation atriale dans cette population à risque de complications sérieuses.
 - Inventer **un plan de suivi** pour tous les patients traités incluant notamment les paramédicaux comme les IPA, les psychologues, (plan avec des objectifs à court, moyen et long terme)
 - **Définir la place des Aidants.** Il sera tout à fait indispensable d'associer ces derniers (conjoint, enfants, famille, proches...) dans la prise en charge des patients âgés

RECOMMANDATIONS
POUR LE DIAGNOSTIC
DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

REMERCIEMENTS

MERCI aux patients et à l'équipe de Cs et HDJ
Dr Y CHEN, Dr J ROCHE



ARTICLE ORIGINAL

*Immunothérapies anti-amyloïde et patients âgés
Alzheimer en consultation et hopital de jour memoire
(pôle de Gériatrie, CHU de Lille) :
« éligibilité et vie réelle »*

*Anti-amyloid immunotherapies for Alzheimer's disease old people:
eligibility and real life in a geriatric memory clinic in Lille (France)*

Dominique HUVENT-GRELLE¹, Nicolas HABIB¹, François PUISIEUX¹

Merci de votre attention !





Regards croisés sur les évaluations anticipées des résidents d'EHPAD par l'HAD

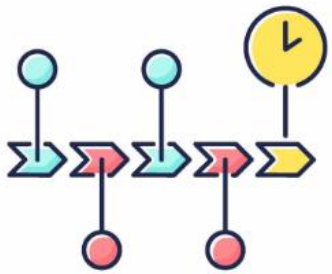
Me Nizzi Julie – Dr Delécluse Céline



*Aucun lien d'intérêt n'est à déclarer par
l'intervenant*



Evaluations anticipées : Contexte



Avant 2020

Réalisation des
évaluations
anticipées par les
HAD



2020

Volonté forte de
développer les
interventions en
EHPAD / évaluations
anticipées



2023

Financement
spécifique des
évaluations
réalisées par les
HAD



- Résidents avec dégradation susceptible de l'état de santé à courte échéance
- Souhait de ne pas être hospitalisé
- Discussion collégiale avec conduite à tenir posée

Demande



Had.synergie@mssante.ghicl.fr

03.20.22.52.71



Étape 1 Évaluation conjointe

entre l'Ehpad, le médecin
traitant et l'HAD et recueil
de l'accord du patient
et/ou de son entourage



Étape 2 Réalisation de l'évaluation anticipée

Évaluation de l'état de
santé du résident et
validation selon les critères
d'éligibilité de l'HAD

Étape 3 Préadmission en HAD

Création du dossier patient,
élaboration des prescriptions
anticipées personnalisées et
de la planification des soins,
transmission du compte rendu
de synthèse à l'équipe de
l'Ehpad



24h

Dégradation
de l'état de santé
du résident



Étape 4 Activation de l'HAD

sur simple appel et réévaluation
clinique du résident sur place
par l'équipe de l'HAD

7j/7
24H/24



Étape 5 Admission du patient et réalisation de la prise en charge

L'HAD coordonne
l'intervention avec
les professionnels
de l'Ehpad

Délai : 2 à 4h



Étape 6 Réévaluation et ajustements

réguliers tout au long de la prise en charge lors
de réunions pluridisciplinaires avec l'Ehpad, jusqu'à
l'arrêt de l'HAD avec maintien en Ehpad, transfert
en hospitalisation avec hébergement ou décès



Evaluations anticipées : Méthode

Objectif : Evaluer l'utilisation et la perception du dispositif d'évaluation anticipées par les professionnels d'HAD et d'EHPAD

ANALYSE QUANTITATIVE

- Nombre d'évaluations anticipées enregistrées annuellement
- Evolution 2022 – 2024
- Taux de déclenchement

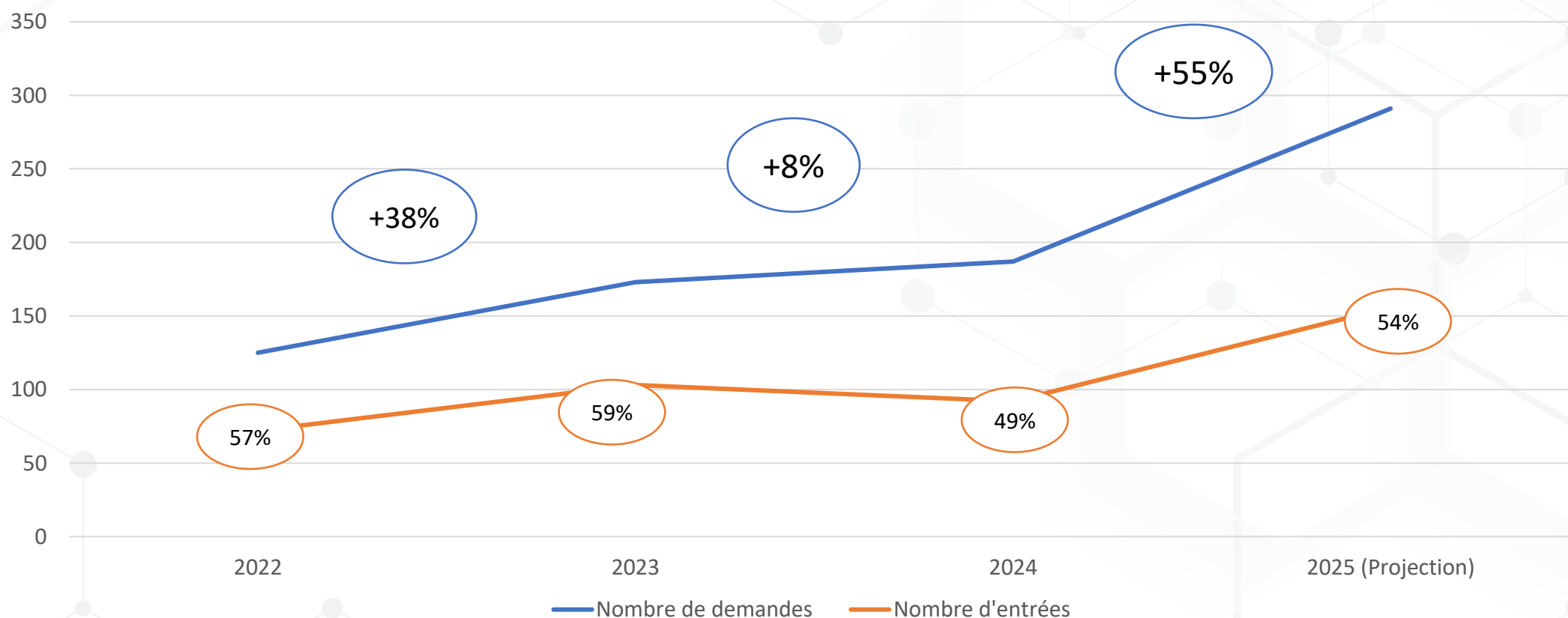
ANALYSE QUALITATIVE

- Diffusion de deux questionnaire pendant 5 semaines (mails – réseaux) :
 - Questionnaire de retour d'expérience des professionnels d'EHPAD – 36 questions
 - Questionnaire de retour d'expérience des professionnels d'HAD – 36 questions



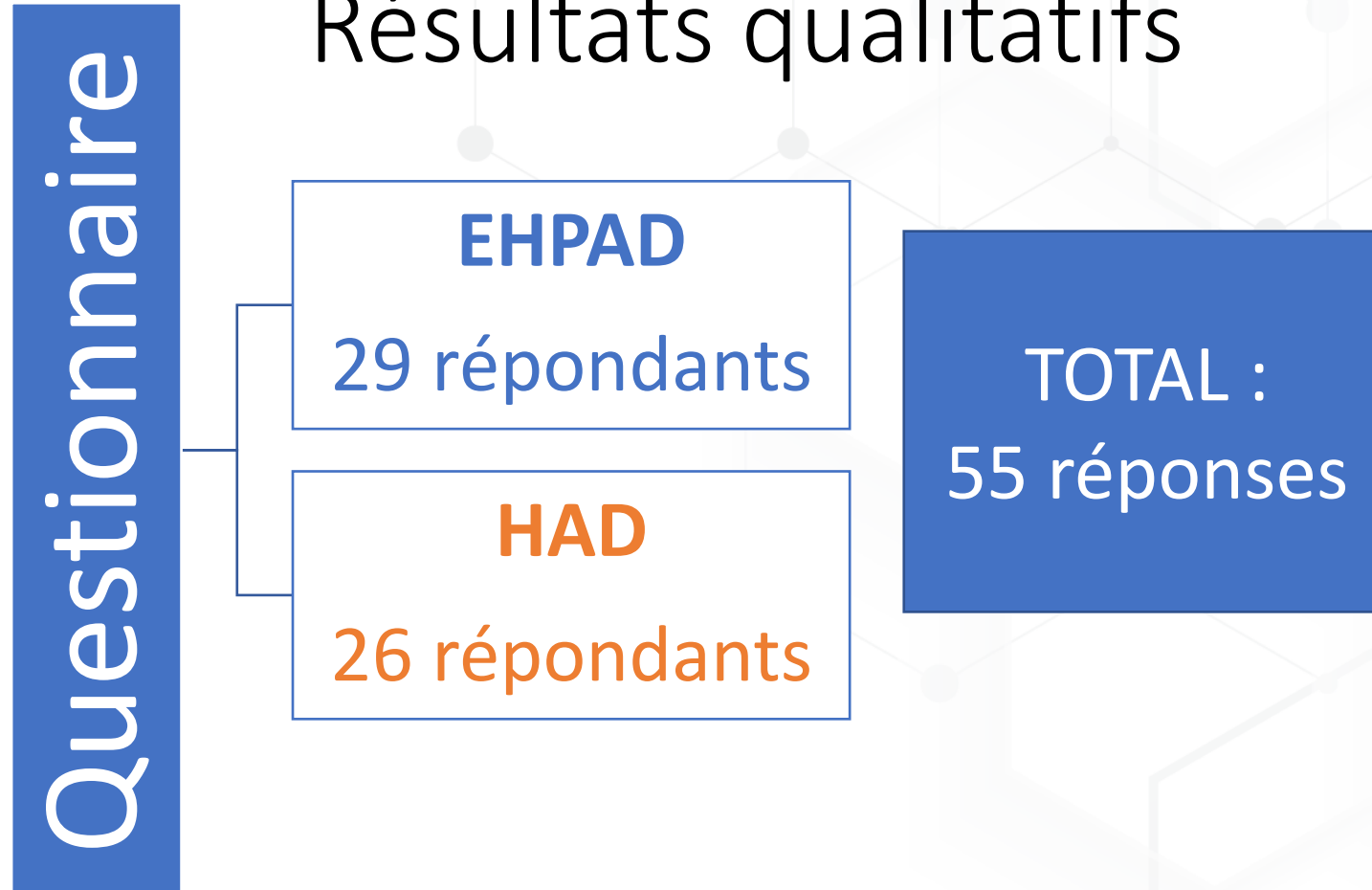
Evaluations anticipées : Résultats quantitatifs

Evolution du nombre d'évaluations anticipées réalisées et des dossiers déclenchés





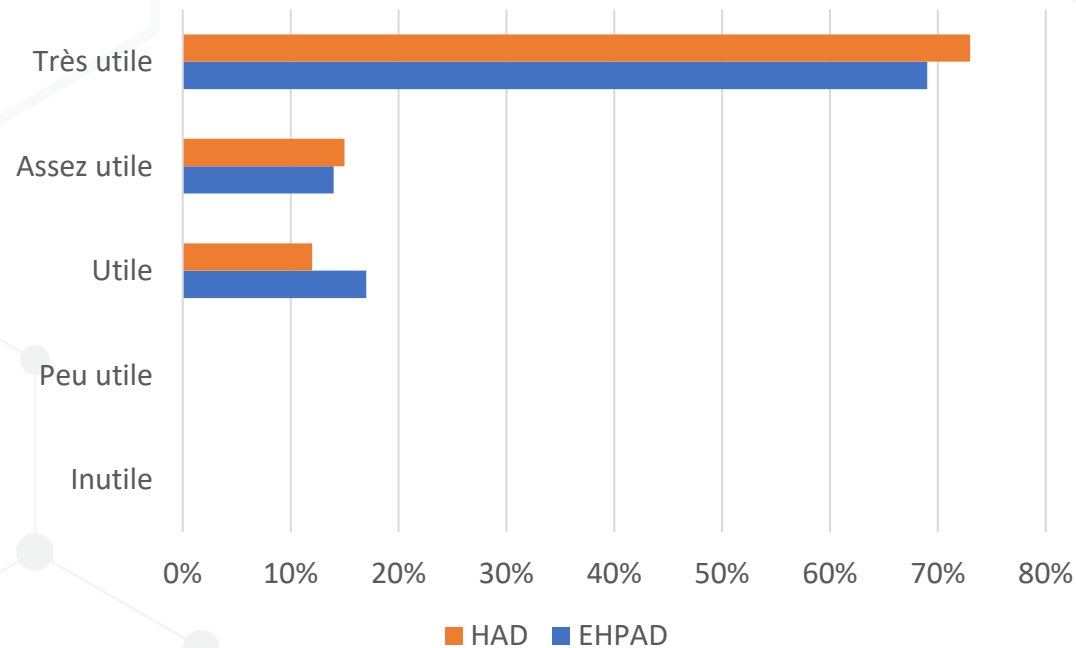
Evaluations anticipées : Résultats qualitatifs



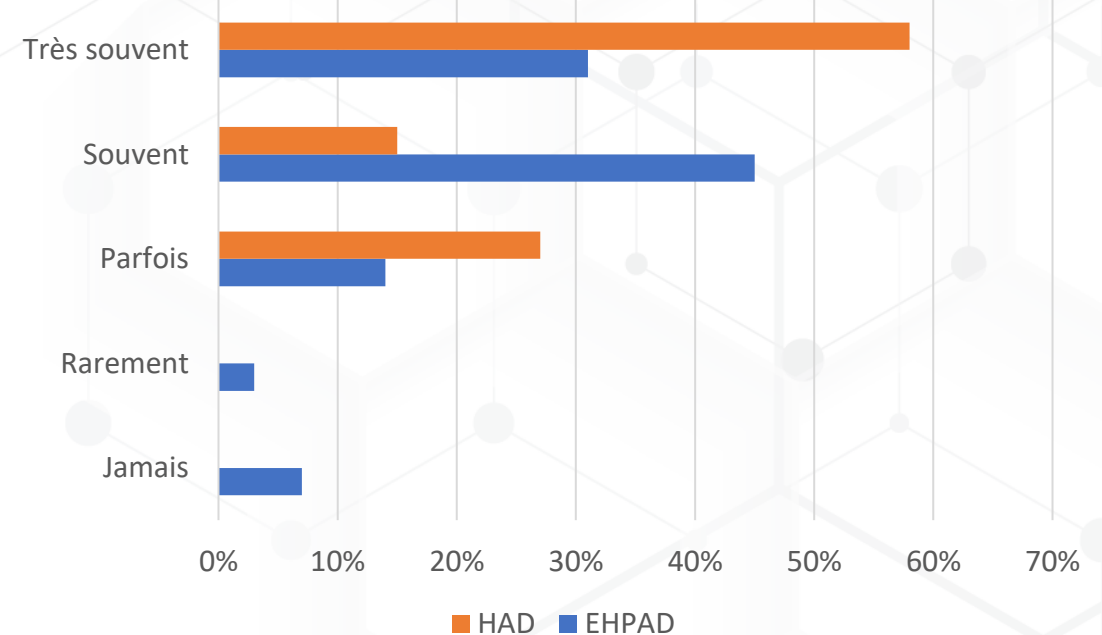


Evaluations anticipées : Résultats qualitatifs

Perception sur l'utilité du dispositif



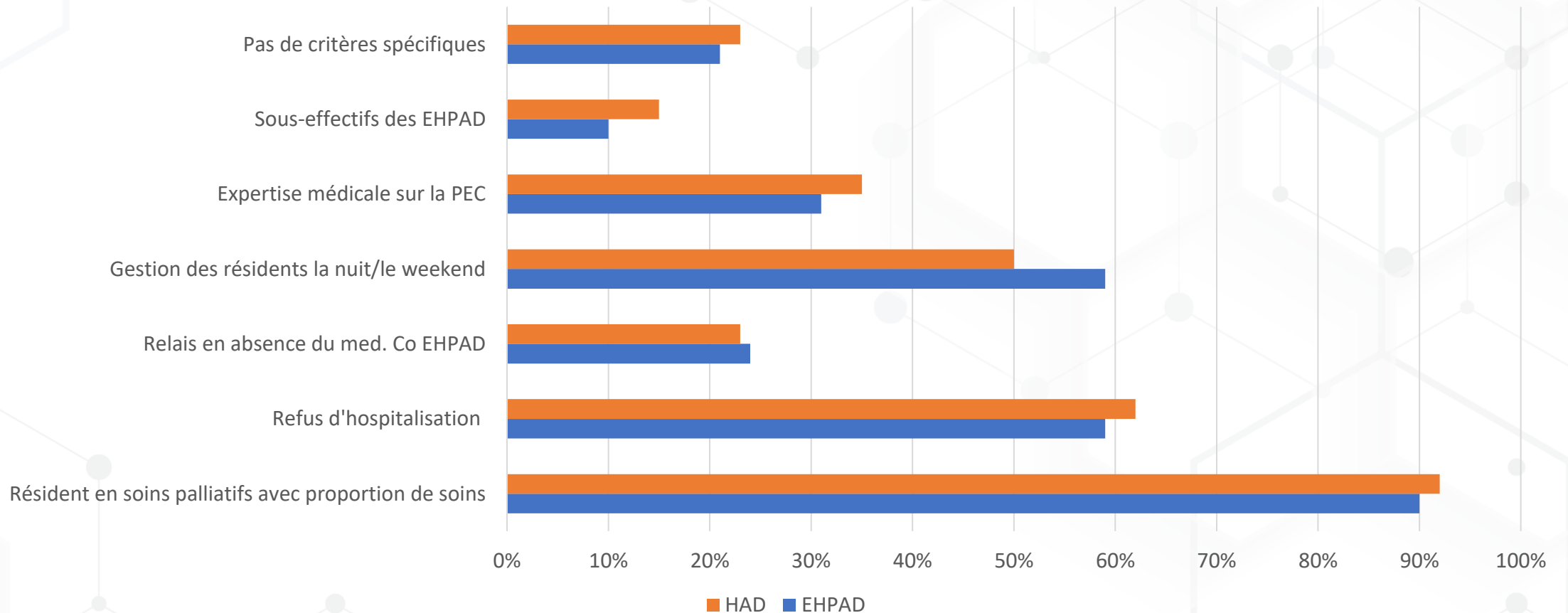
Fréquence d'exposition au dispositif





Evaluations anticipées : Résultats qualitatifs

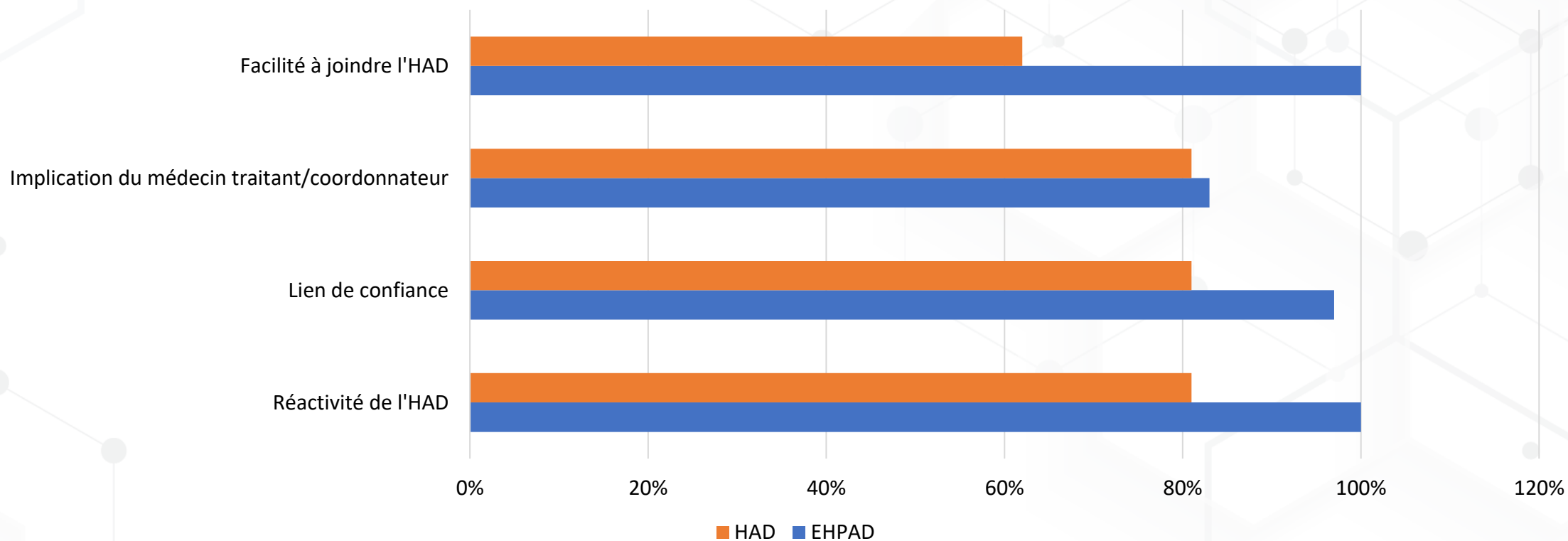
Situations jugées pertinentes pour mobiliser le dispositif





Evaluations anticipées : Résultats qualitatifs

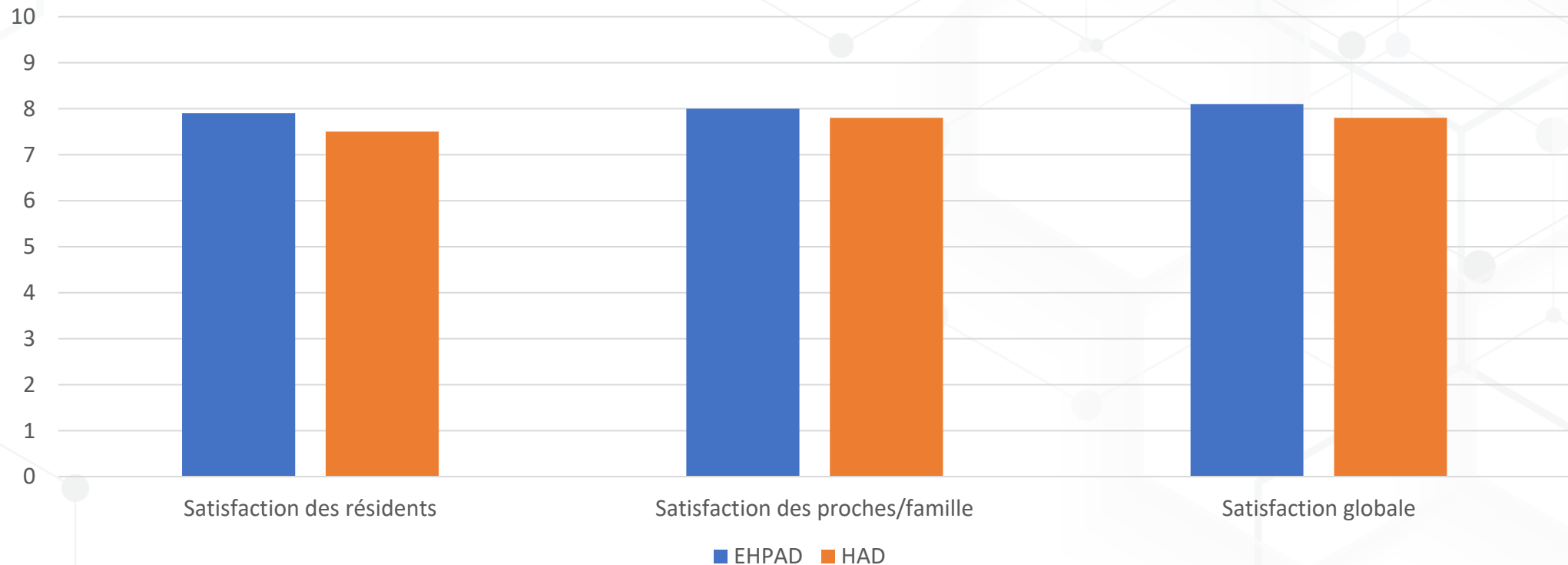
Critères facilitant le dispositif





Evaluations anticipées : Résultats qualitatifs

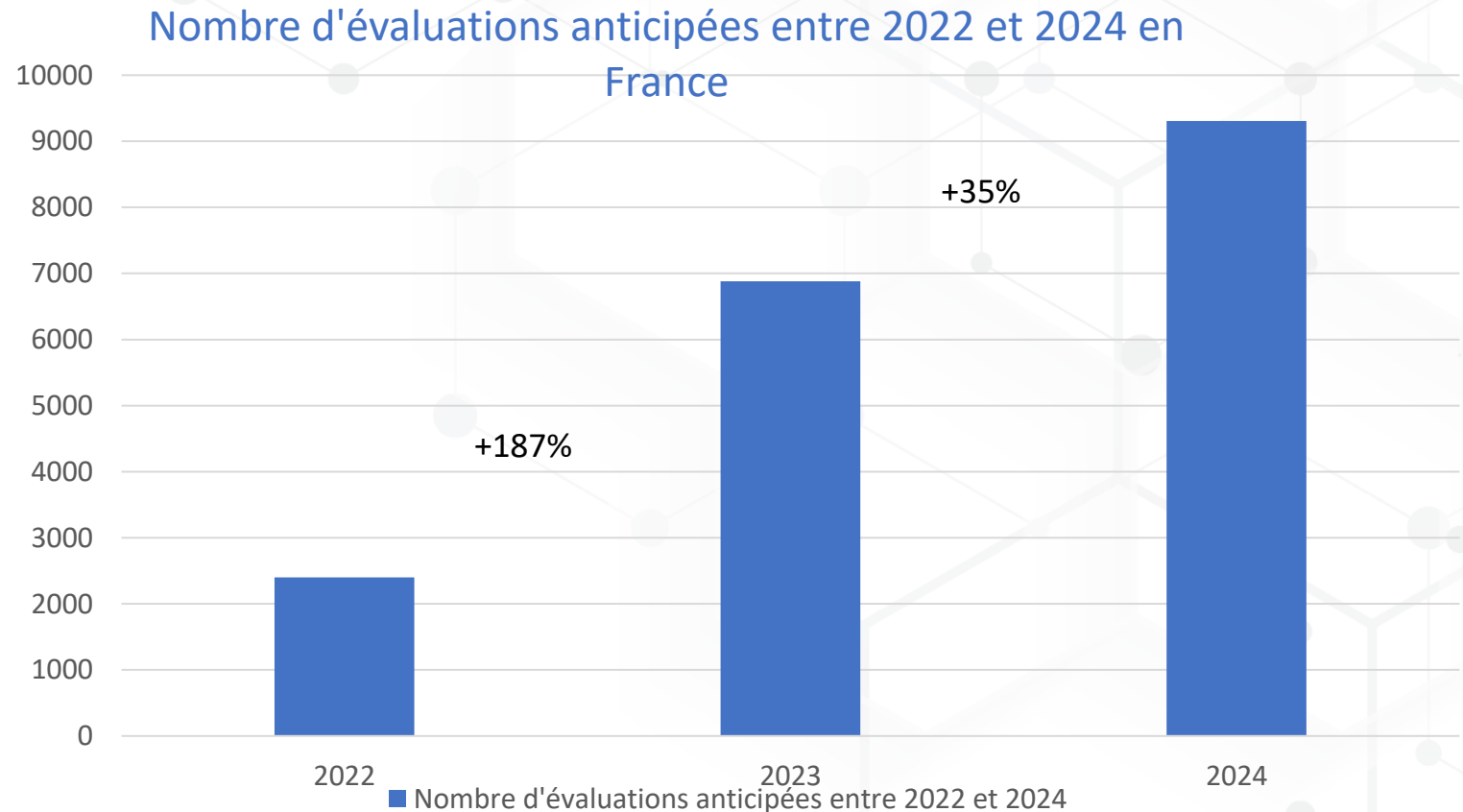
Satisfaction liée au dispositif





Discussion

- Evolution quantitative des demandes cohérentes avec l'évolution nationale
- Vision positive du dispositif:
 - Par les professionnels des EHPAD
 - Par les professionnels des HAD
- Perception cohérente entre HAD & EHPAD





Conclusion et perspectives

- Limites de l'étude
 - Nombre de professionnels interrogés limités
- Dispositif en pleine expansion (collaboration filière gériatrique / SAMU/HAD/MT)
- Déploiement des évaluations anticipées à domicile
- Mesure d'impact :
 - Eviter passage aux urgences ou hospitalisations
 - Respect du choix du patient



Conclusion et perspectives

Ce que les professionnels d'**EHPAD** et d'**HAD** souhaitent partager...

« Permet de travailler sereinement plutôt que dans l'urgence »

« Rapprochez-vous de l'HAD du secteur pour demander des précisions »

« Cela rassure le personnel que tout soit prêt et à disposition si la situation »

« C'est une aide précieuse »

« Ça ne coute pas grand chose et ça apporte beaucoup »

« Cela génère moins d'anxiété pour l'équipe la famille C'est une aide précieuse »

« C'est un vrai travail en collaboration entre les acteurs »



Evaluations anticipées : FIN

Professionnels d'EHPAD et d'HAD ou à domicile, êtes vous prêts à vous lancer?

MERCI DE VOTRE ATTENTION



Impact des infections aiguës sur la perte d'indépendance fonctionnelle des patients âgés hospitalisés

—

résultats d'une étude de cohorte multicentrique.

Visade F, Forestier E, Roubaud C, Deschasse G, Babykina G
Beuscart JB, Baclet N.



Société Septentrionale
de Gériatrie
Clinique



ULR 2694

GInGer
Groupe *Infectio-Gériatrie*



**La Journée
Scientifique 2025
de la SSGC**

19 Septembre 2025
La Cité des Échanges
Marcq-en-Barœul - Lille

"Innovations et bonnes pratiques en gériatrie"



Aucun conflit d'intérêt à déclarer

**La Journée
Scientifique 2025
de la SSGC**

19 Septembre 2025
La Cité des Échanges
Marcq-en-Barœul - Lille

"Innovations et bonnes pratiques en gériatrie"



I - CONTEXTE



**Vieillessement = sensibilité
accrue aux infections**



**Vieillesse = sensibilité
accrue aux infections**



**Perte d'indépendance
fonctionnelle**



**Vieillessement = sensibilité
accrue aux infections**



**Perte d'indépendance
fonctionnelle**

Syndromes gériatriques

Trouble NC

Dénutrition

Trouble de la marche

Polymédication

....



**Vieillessement = sensibilité
accrue aux infections**



**Perte d'indépendance
fonctionnelle**



Syndromes gériatriques

Trouble NC

Dénutrition

Trouble de la marche

Polymédication

....



Syndrome
gériatrique



**Vieillessement = sensibilité
accrue aux infections**



**Perte d'indépendance
fonctionnelle**



Syndromes gériatriques

Trouble NC

Dénutrition

Trouble de la marche

Polymédication

....



Syndromes
gériatriques



Quelles données?

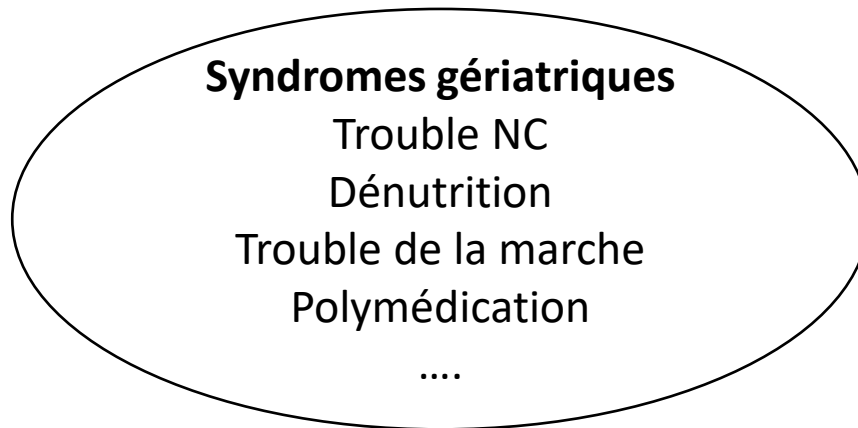
Et en médecine aigue gériatrique?



**Vieillessement = sensibilité
accrue aux infections**



**Perte d'indépendance
fonctionnelle**



**Syndromes
gériatriques**



Quelles données?

Et en médecine aiguë gériatrique?

But = Evaluer l'impact des infections communautaires et nosocomiales sur la perte d'indépendance fonctionnelle des patients âgés au décours d'une hospitalisation en MAG, par rapport aux autres facteurs de risque gériatriques connus.



II - METHODE

Tous éligibles sauf refus de participer
(patient ou représentant légal)

Médecine aigue gériatrique

Exclus secondairement :

1. Patients décédés ou transférés en Soins palliatifs
2. Patients transférés en Médecine - Chirurgie - Obstétrique (soins intensifs, chirurgie, médecine)

Sortie à domicile ou SSR

Entrée dans le service de MAG

Collection d'informations chez tous les patients :

- Caractéristiques and comorbidités (entrée)
- Syndromes gériatriques
- Evènements durant l'hospitalisation: nombre de jours avec infection, décompensation, en attente de sortie...

Etude DAMAGE : décès, ré hospitalisation, institutionnalisation.

t0
(sortie)

1 an

Phase de pré-étude : pertinente pour les objectifs secondaires

Phase d'étude répondant à l'objectif principal

11

3

Tous éligibles sauf refus de participer
(patient ou représentant légal)

Médecine aiguë gériatrique

Exclus secondairement :

1. Patients décédés ou transférés en Soins palliatifs
2. Patients transférés en Médecine - Chirurgie - Obstétrique (soins intensifs, chirurgie, médecine)

Sortie à domicile ou SSR

Entrée dans le service de MAG

Collection d'informations chez tous les patients :

- Caractéristiques and comorbidités (entrée)
- Syndromes gériatriques
- Evènements durant l'hospitalisation: nombre de jours avec infection, décompensation, en attente de sortie...

Etude DAMAGE : décès, ré hospitalisation, institutionnalisation.

t0
(sortie)

1 an

Phase de pré-étude : pertinente pour les objectifs secondaires

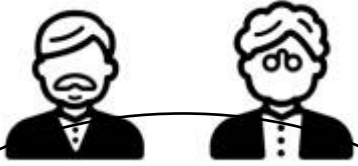
Phase d'étude répondant à l'objectif principal

11

3



Sd gériatriques
Durée d'hospit
Variables cliniques



Sd gériatriques
Durée d'hospit
Variables cliniques

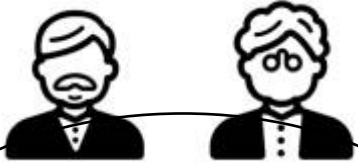


Infections communautaires

Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, digestive,
cutanée, CD

Infections nosocomiales

Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, CD



Sd gériatriques
Durée d'hospit
Variables cliniques



Infections communautaires

Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, digestive,
cutanée, CD

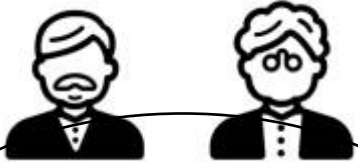
Infections nosocomiales

Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, CD



Perte d'indépendance fonctionnelle

ADL de Katz
- 0.5 point



Sd gériatriques
Durée d'hospit
Variables cliniques



Infections communautaires

Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, digestive,
cutanée, CD

Infections nosocomiales

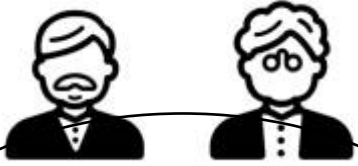
Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, CD



Perte d'indépendance fonctionnelle

ADL de Katz
- 0.5 point





Sd gériatriques
Durée d'hospit
Variables cliniques



Infections communautaires

Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, digestive,
cutanée, CD

Infections nosocomiales

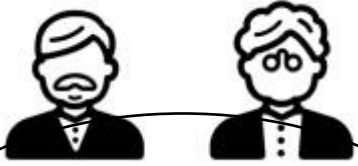
Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, CD



Perte d'indépendance fonctionnelle

ADL de Katz
- 0.5 point





Sd gériatriques
Durée d'hospit
Variables cliniques



Infections communautaires

Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, digestive,
cutanée, CD

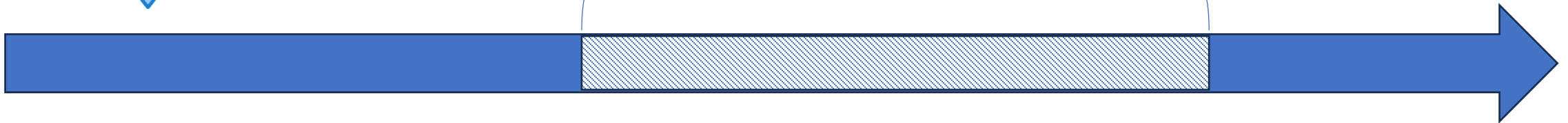
Infections nosocomiales

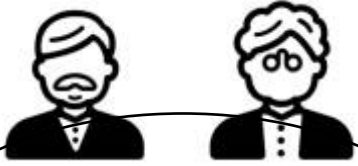
Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, CD



Perte d'indépendance fonctionnelle

ADL de Katz
- 0.5 point





Sd gériatriques
Durée d'hospit
Variables cliniques



Infections communautaires

Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, digestive,
cutanée, CD

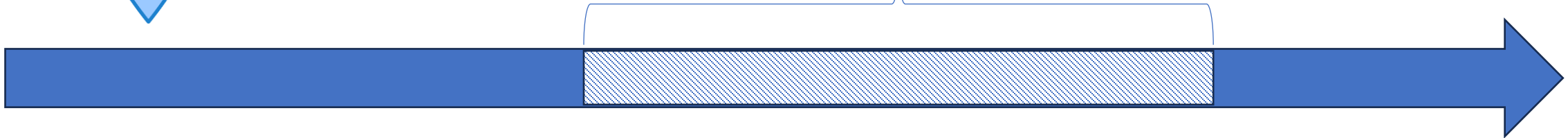
Infections nosocomiales

Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, CD



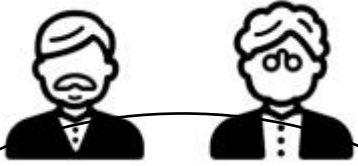
Perte d'indépendance fonctionnelle

ADL de Katz
- 0.5 point



Codage d'un « état » quotidien et exclusif pour chaque patient

- Problématique médicale (autre que infectieuse)
- Infection communautaire ou nosocomiale
- ...



Sd gériatriques
Durée d'hospit
Variables cliniques



Infections communautaires

Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, digestive,
cutanée, CD

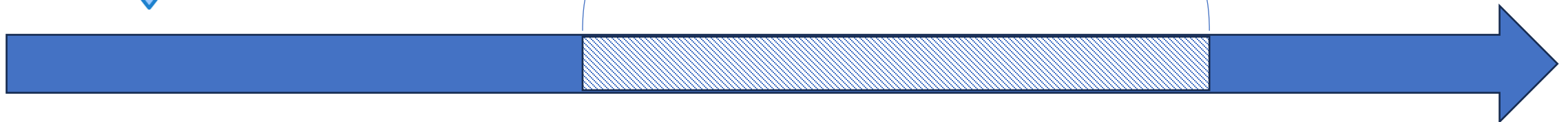
Infections nosocomiales

Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, CD



Perte d'indépendance fonctionnelle

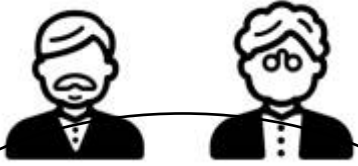
ADL de Katz
- 0.5 point



ADL à domicile 1 mois
avant l'hospitalisation

ADL à l'entrée à l'hôpital

ADL à la sortie de l'hôpital



Sd gériatriques
Durée d'hospit
Variables cliniques



Infections communautaires

Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, digestive,
cutanée, CD

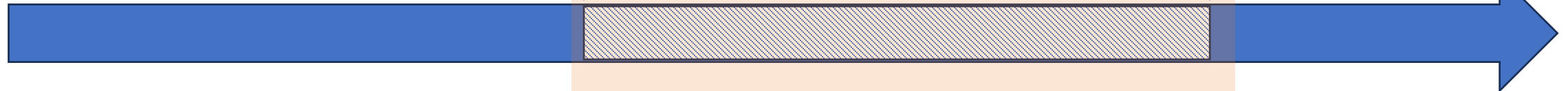
Infections nosocomiales

Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, CD



Perte d'indépendance fonctionnelle

ADL de Katz
- 0.5 point



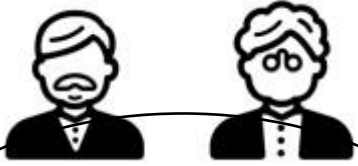
ADL à domicile 1 mois
avant l'hospitalisation

ADL à l'entrée à l'hôpital

ADL à la sortie de l'hôpital

Les modèles

#1 : entrée-sortie H



Sd gériatriques
Durée d'hospit
Variables cliniques



Infections communautaires

Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, digestive,
cutanée, CD

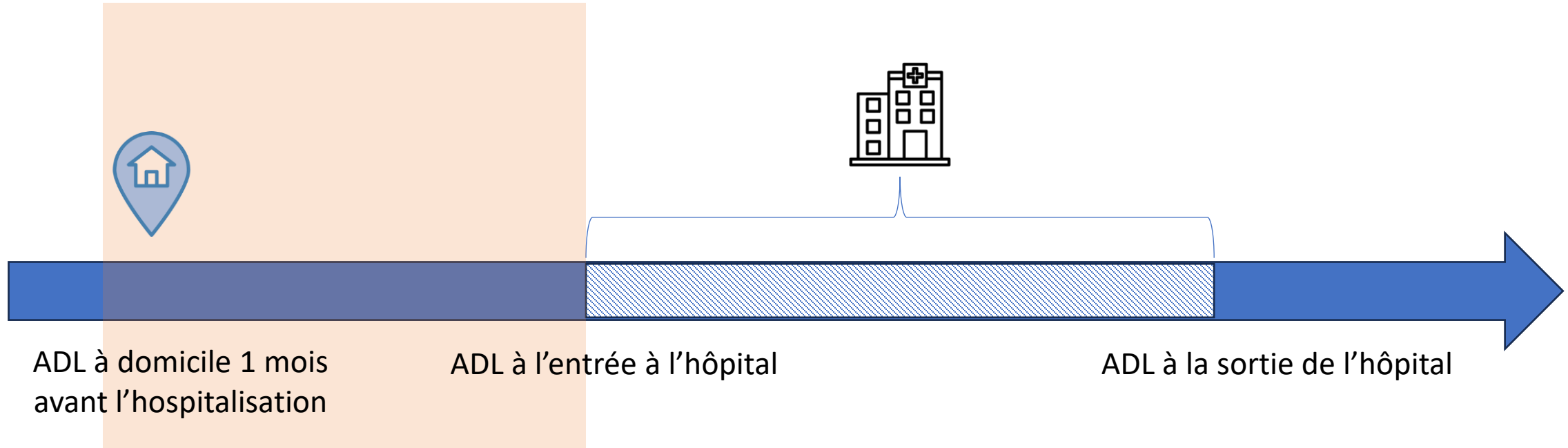
Infections nosocomiales

Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, CD



Perte d'indépendance fonctionnelle

ADL de Katz
- 0.5 point



ADL à domicile 1 mois
avant l'hospitalisation

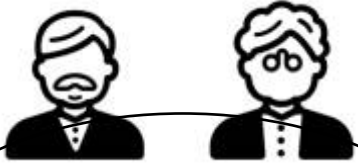
ADL à l'entrée à l'hôpital

ADL à la sortie de l'hôpital

Les modèles

#1 : entrée-sortie H

#2 : domicile – entrée H



Sd gériatriques
Durée d'hospit
Variables cliniques



Infections communautaires

Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, digestive,
cutanée, CD

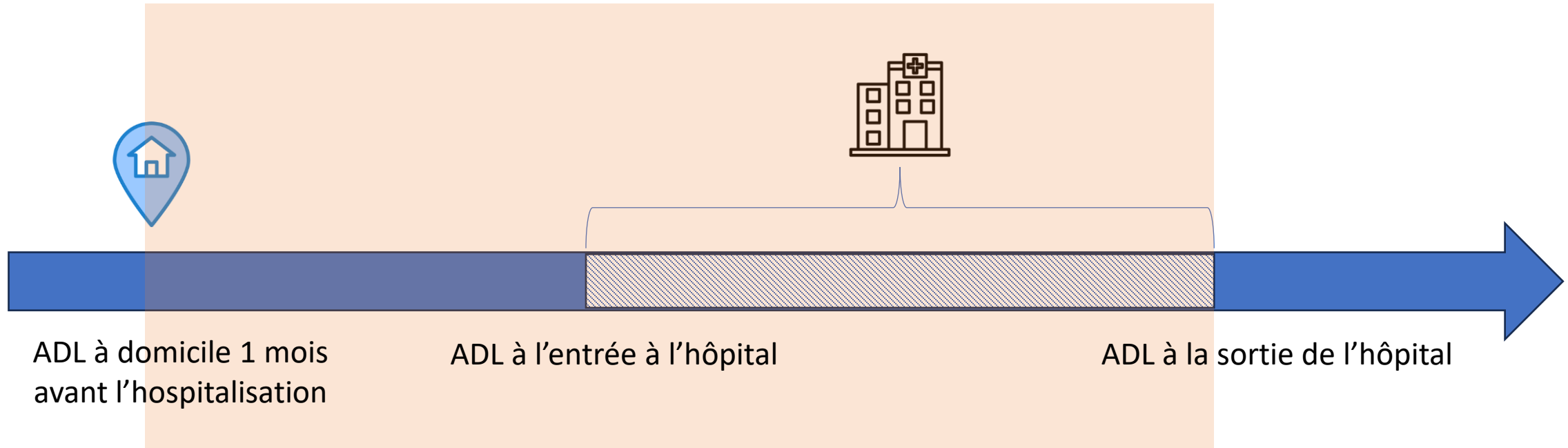
Infections nosocomiales

Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, CD



Perte d'indépendance fonctionnelle

ADL de Katz
- 0.5 point



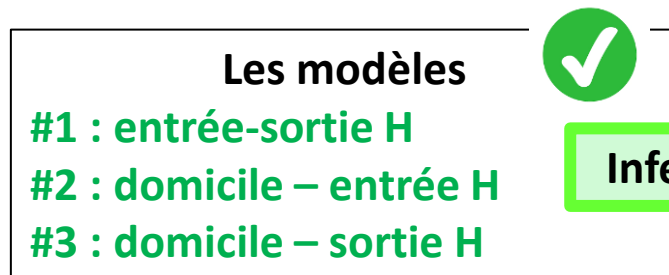
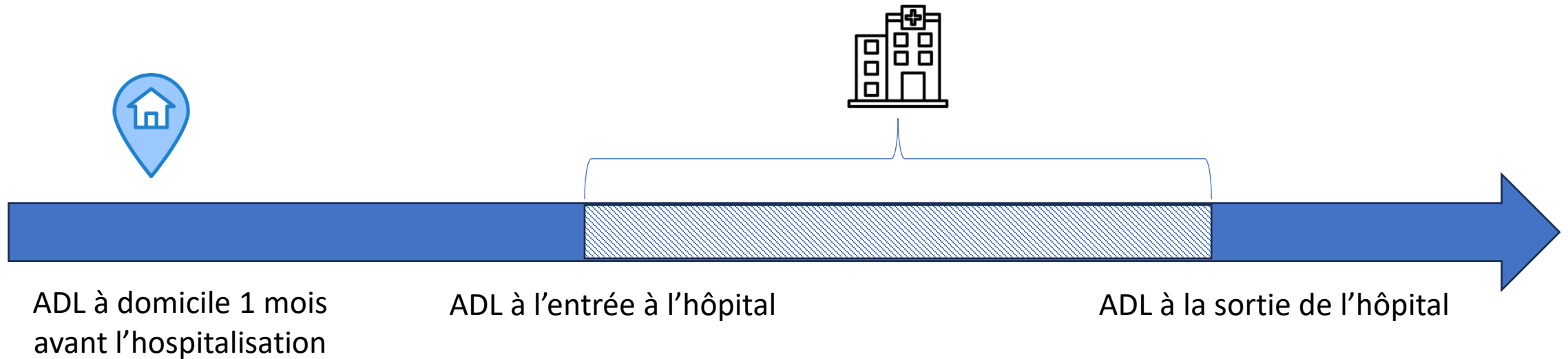
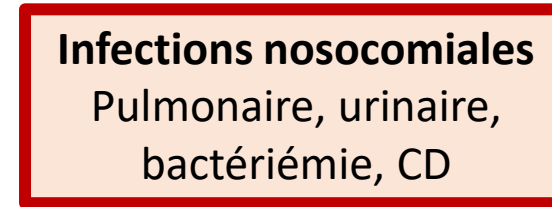
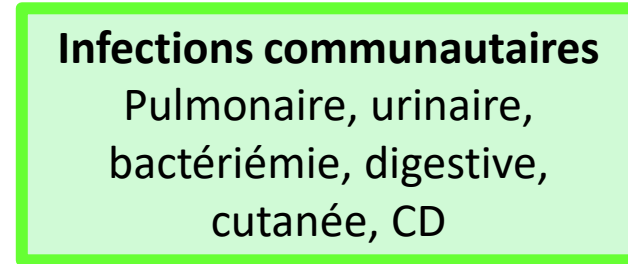
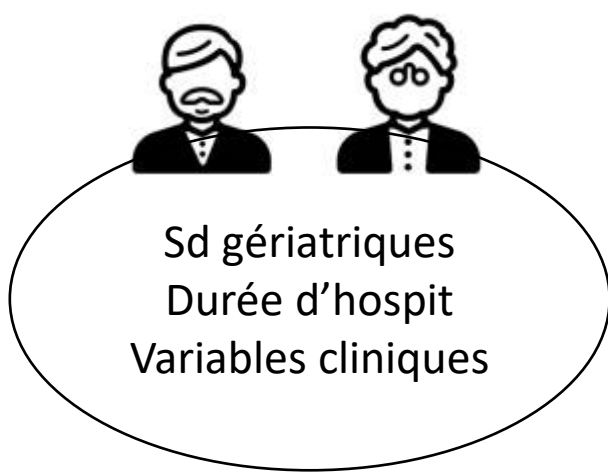
ADL à domicile 1 mois
avant l'hospitalisation

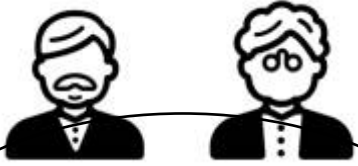
ADL à l'entrée à l'hôpital

ADL à la sortie de l'hôpital

Les modèles

- #1 : entrée-sortie H
- #2 : domicile – entrée H
- #3 : domicile – sortie H





Sd gériatriques
Durée d'hospit
Variables cliniques



Infections communautaires

Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, digestive,
cutanée, CD

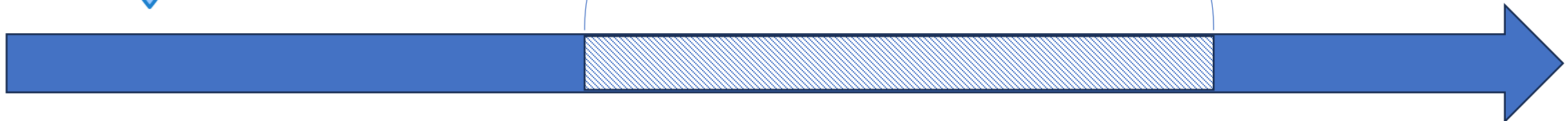
Infections nosocomiales

Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, CD



Perte d'indépendance fonctionnelle

ADL de Katz
- 0.5 point



ADL à domicile 1 mois
avant l'hospitalisation

ADL à l'entrée à l'hôpital

ADL à la sortie de l'hôpital

Les modèles

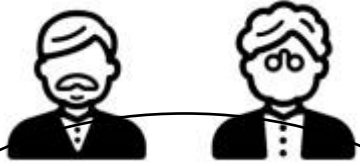
#1 : entrée-sortie H

#2 : domicile – entrée H

#3 : domicile – sortie H



Infections nosocomiales



Sd gériatriques
Durée d'hospit
Variables cliniques



Infections communautaires

Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, digestive,
cutanée, CD

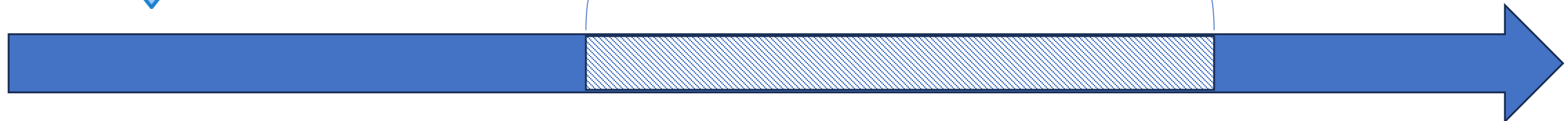
Infections nosocomiales

Pulmonaire, urinaire,
bactériémie, CD



Perte d'indépendance fonctionnelle

ADL de Katz
- 0.5 point



ADL à domicile 1 mois
avant l'hospitalisation

ADL à l'entrée à l'hôpital

ADL à la sortie de l'hôpital

Les modèles

- #1 : entrée-sortie H
- #2 : domicile – entrée H
- #3 : domicile – sortie H

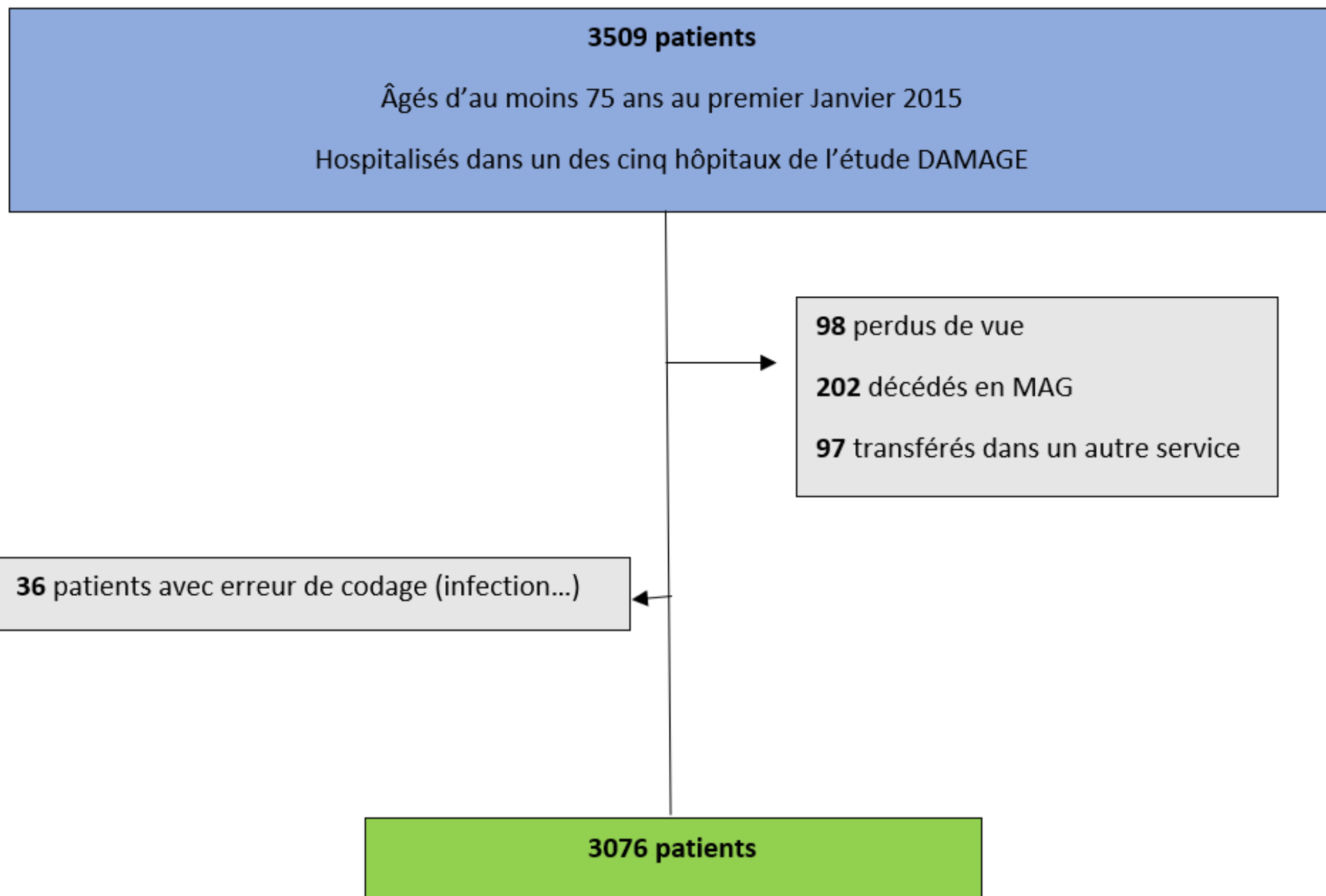


Analyse statistique

- Modèle de régression logistique
- Sélection automatique des variables
- Analyse de sensibilité était effectuée en excluant les patients avec un ADL < 3



III - RESULTATS



	Infection communautaire N = 772	Infection nosocomiale N = 154	P-value
Age, années, (moyenne $\pm$ DS)	86.7 (5.7)	86.2 (6.1)	0.63
Genre (masculin), n (%)	307 (39.8)	59 (38.3)	0.74
Anémie, n (%)	473 (61.4)	119 (77.3)	<.0001
Charlson, (moyenne $\pm$ DS))]	2.2 (1.8)	2.5 (1.9)	0.02
Troubles cognitifs, n (%)	299 (38.7)	49 (31.8)	0.13
Capacité à marcher, n (%)			
Confiné au lit	60 (7.8)	13 (8.4)	0.99
Transfert lit fauteuil	137 (17.8)	17 (11.0)	0.05
Avec aide	349 (45.4)	86 (55.8)	0.02
Seul	223 (29.0)	38 (24.7)	0.32
Dénutrition, n (%)	206 (27.8)	30 (20.3)	0.06
Nbre de médicaments, (moyenne $\pm$ DS)	8.3 (3.6)	8.5 (3.4)	0.38
ADL :			
à domicile, médiane (Q1;Q3)	4.5 (2; 5.5)	4.5 (3;5.5)	0.75
à l'entrée à l'hôpital, médiane (Q1;Q3)	2.5 (1; 4.5)	2.5 (1;4)	0.98
à la sortie de l'hôpital, médiane (Q1;Q3)	3.5 (1; 5)	3 (1;4.5)	0.27
Diminution pdt l'hospitalisation, n(%)	303 (39.6)	57 (37.7)	0.67
Diminution entre domicile et entrée, n (%)	497 (54.4)	95 (65.1)	0.01
Diminution entre domicile et sortie, n (%)	290 (39.8)	82 (53.2)	<.0001

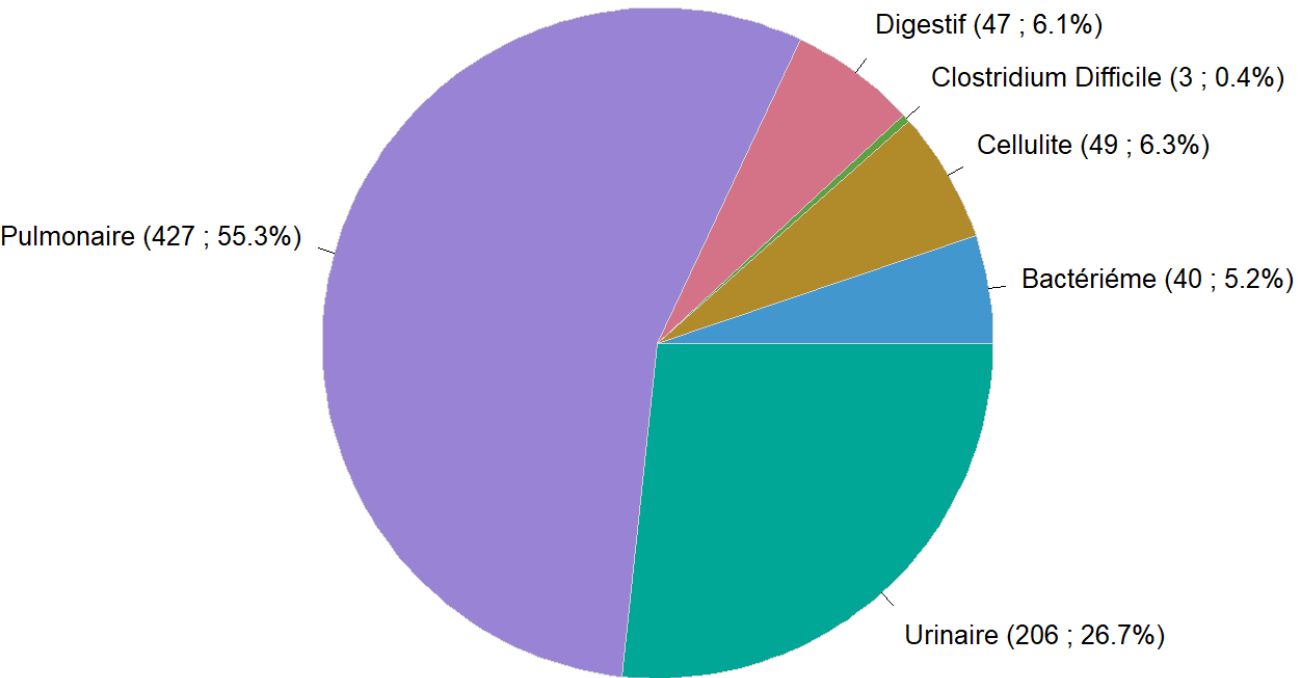
	Infection communautaire N = 772	Infection nosocomiale N = 154	P-value
Age, années, (moyenne $\pm$ DS)	86.7 (5.7)	86.2 (6.1)	0.63
Genre (masculin), n (%)	307 (39.8)	59 (38.3)	0.74
Anémie, n (%)	473 (61.4)	119 (77.3)	<.0001
Charlson, (moyenne $\pm$ DS)]	2.2 (1.8)	2.5 (1.9)	0.02
Troubles cognitifs, n (%)	299 (38.7)	49 (31.8)	0.13
Capacité à marcher, n (%)			
Confiné au lit	60 (7.8)	13 (8.4)	0.99
Transfert lit fauteuil	137 (17.8)	17 (11.0)	0.05
Avec aide	349 (45.4)	86 (55.8)	0.02
Seul	223 (29.0)	38 (24.7)	0.32
Dénutrition, n (%)	206 (27.8)	30 (20.3)	0.06
Nbre de médicaments, (moyenne $\pm$ DS)	8.3 (3.6)	8.5 (3.4)	0.38
ADL :			
à domicile, médiane (Q1;Q3)	4.5 (2; 5.5)	4.5 (3;5.5)	0.75
à l'entrée à l'hôpital, médiane (Q1;Q3)	2.5 (1; 4.5)	2.5 (1;4)	0.98
à la sortie de l'hôpital, médiane (Q1;Q3)	3.5 (1; 5)	3 (1;4.5)	0.27
Diminution pdt l'hospitalisation, n(%)	303 (39.6)	57 (37.7)	0.67
Diminution entre domicile et entrée, n (%)	497 (54.4)	95 (65.1)	0.01
Diminution entre domicile et sortie, n (%)	290 (39.8)	82 (53.2)	<.0001

	Infection communautaire N = 772	Infection nosocomiale N = 154	P-value
Age, années, (moyenne ± DS)	86.7 (5.7)	86.2 (6.1)	0.63
Genre (masculin), n (%)	307 (39.8)	59 (38.3)	0.74
Anémie, n (%)	473 (61.4)	119 (77.3)	<.0001
Charlson, (moyenne ± DS)]	2.2 (1.8)	2.5 (1.9)	0.02
Troubles cognitifs, n (%)	299 (38.7)	49 (31.8)	0.13
Capacité à marcher, n (%)			
Confiné au lit	60 (7.8)	13 (8.4)	0.99
Transfert lit fauteuil	137 (17.8)	17 (11.0)	0.05
Avec aide	349 (45.4)	86 (55.8)	0.02
Seul	223 (29.0)	38 (24.7)	0.32
Dénutrition, n (%)	206 (27.8)	30 (20.3)	0.06
Nbre de médicaments, (moyenne ± DS)	8.3 (3.6)	8.5 (3.4)	0.38
ADL :			
à domicile, médiane (Q1;Q3)	4.5 (2; 5.5)	4.5 (3;5.5)	0.75
à l'entrée à l'hôpital, médiane (Q1;Q3)	2.5 (1; 4.5)	2.5 (1;4)	0.98
à la sortie de l'hôpital, médiane (Q1;Q3)	3.5 (1; 5)	3 (1;4.5)	0.27
Diminution pdt l'hospitalisation, n(%)	303 (39.6)	57 (37.7)	0.67
Diminution entre domicile et entrée, n (%)	497 (54.4)	95 (65.1)	0.01
Diminution entre domicile et sortie, n (%)	290 (39.8)	82 (53.2)	<.0001

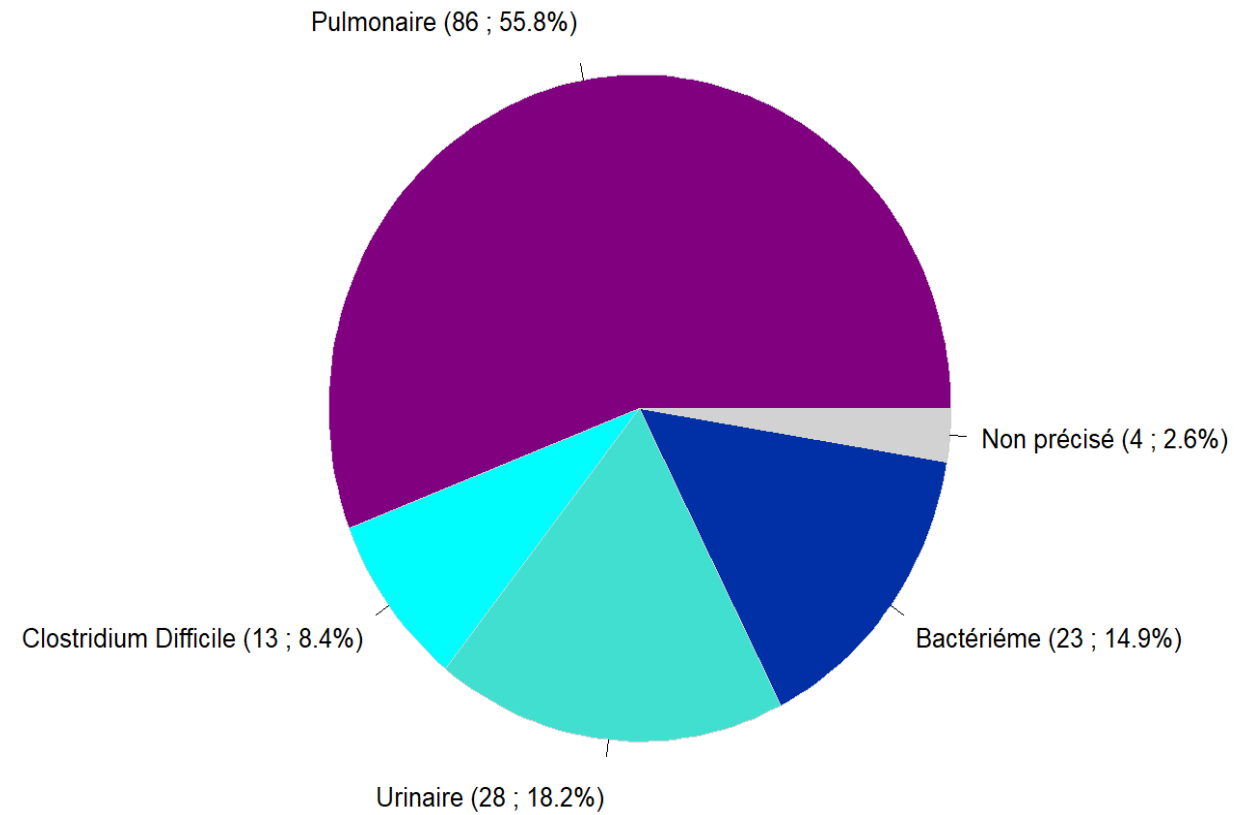
	Infection communautaire N = 772	Infection nosocomiale N = 154	P-value
Age, années, (moyenne $\pm$ DS)	86.7 (5.7)	86.2 (6.1)	0.63
Genre (masculin), n (%)	307 (39.8)	59 (38.3)	0.74
Anémie, n (%)	473 (61.4)	119 (77.3)	<.0001
Charlson, (moyenne $\pm$ DS)]	2.2 (1.8)	2.5 (1.9)	0.02
Troubles cognitifs, n (%)	299 (38.7)	49 (31.8)	0.13
Capacité à marcher, n (%)			
Confiné au lit	60 (7.8)	13 (8.4)	0.99
Transfert lit fauteuil	137 (17.8)	17 (11.0)	0.05
Avec aide	349 (45.4)	86 (55.8)	0.02
Seul	223 (29.0)	38 (24.7)	0.32
Dénutrition, n (%)	206 (27.8)	30 (20.3)	0.06
Nbre de médicaments, (moyenne $\pm$ DS)	8.3 (3.6)	8.5 (3.4)	0.38
ADL :			
à domicile, médiane (Q1;Q3)	4.5 (2; 5.5)	4.5 (3;5.5)	0.75
à l'entrée à l'hôpital, médiane (Q1;Q3)	2.5 (1; 4.5)	2.5 (1;4)	0.98
à la sortie de l'hôpital, médiane (Q1;Q3)	3.5 (1; 5)	3 (1;4.5)	0.27
Diminution pdt l'hospitalisation, n(%)	303 (39.6)	57 (37.7)	0.67
Diminution entre domicile et entrée, n (%)	497 (54.4)	95 (65.1)	0.01
Diminution entre domicile et sortie, n (%)	290 (39.8)	82 (53.2)	<.0001

	Infection communautaire N = 772	Infection nosocomiale N = 154	P-value
Age, années, (moyenne ± DS)	86.7 (5.7)	86.2 (6.1)	0.63
Genre (masculin), n (%)	307 (39.8)	59 (38.3)	0.74
Anémie, n (%)	473 (61.4)	119 (77.3)	<.0001
Charlson, (moyenne ± DS)]	2.2 (1.8)	2.5 (1.9)	0.02
Troubles cognitifs, n (%)	299 (38.7)	49 (31.8)	0.13
Capacité à marcher, n (%)			
Confiné au lit	60 (7.8)	13 (8.4)	0.99
Transfert lit fauteuil	137 (17.8)	17 (11.0)	0.05
Avec aide	349 (45.4)	86 (55.8)	0.02
Seul	223 (29.0)	38 (24.7)	0.32
Dénutrition, n (%)	206 (27.8)	30 (20.3)	0.06
Nbre de médicaments, (moyenne ± DS)	8.3 (3.6)	8.5 (3.4)	0.38
ADL :			
à domicile, médiane (Q1;Q3)	4.5 (2; 5.5)	4.5 (3;5.5)	0.75
à l'entrée à l'hôpital, médiane (Q1;Q3)	2.5 (1; 4.5)	2.5 (1;4)	0.98
à la sortie de l'hôpital, médiane (Q1;Q3)	3.5 (1; 5)	3 (1;4.5)	0.27
Diminution pdt l'hospitalisation, n(%)	303 (39.6)	57 (37.7)	0.67
Diminution entre domicile et entrée, n (%)	497 (54.4)	95 (65.1)	0.01
Diminution entre domicile et sortie, n (%)	290 (39.8)	82 (53.2)	<.0001

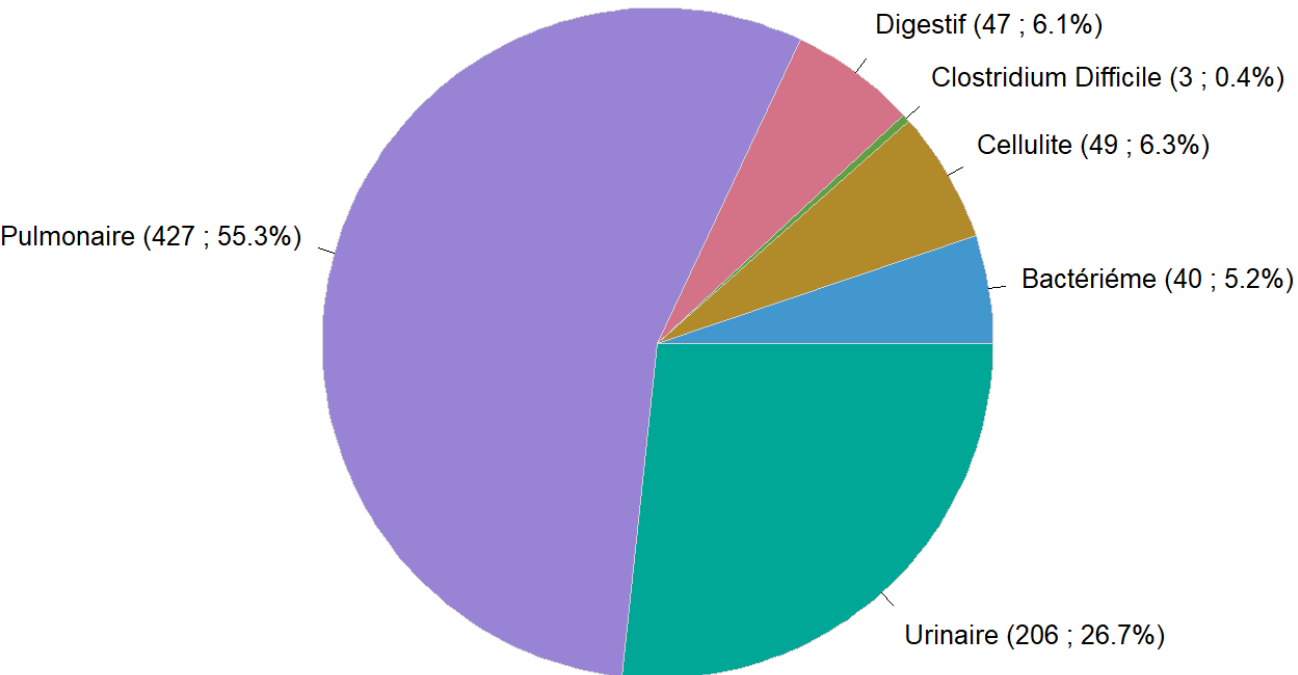
**Répartition des infections communautaires
(N=772)**



**Répartition des infections nosocomiales
(N=154)**



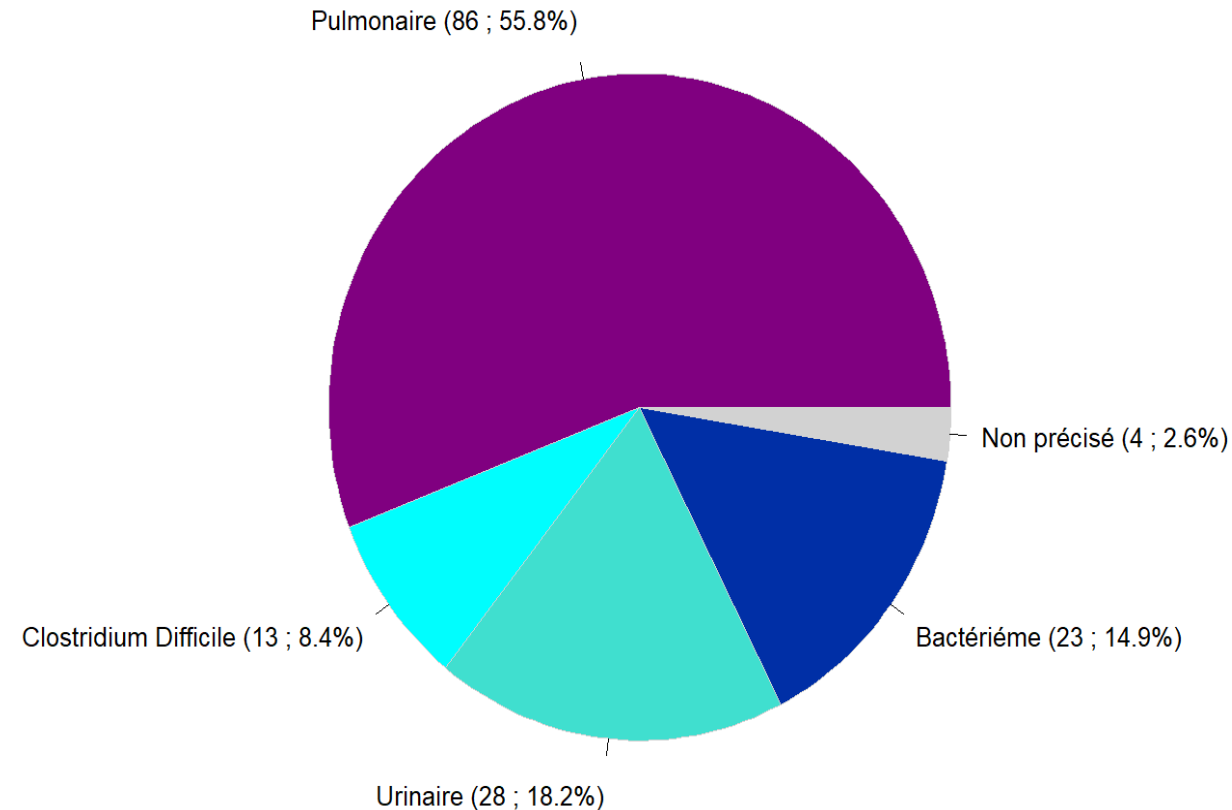
Répartition des infections communautaires
(N=772)



Infections communautaires

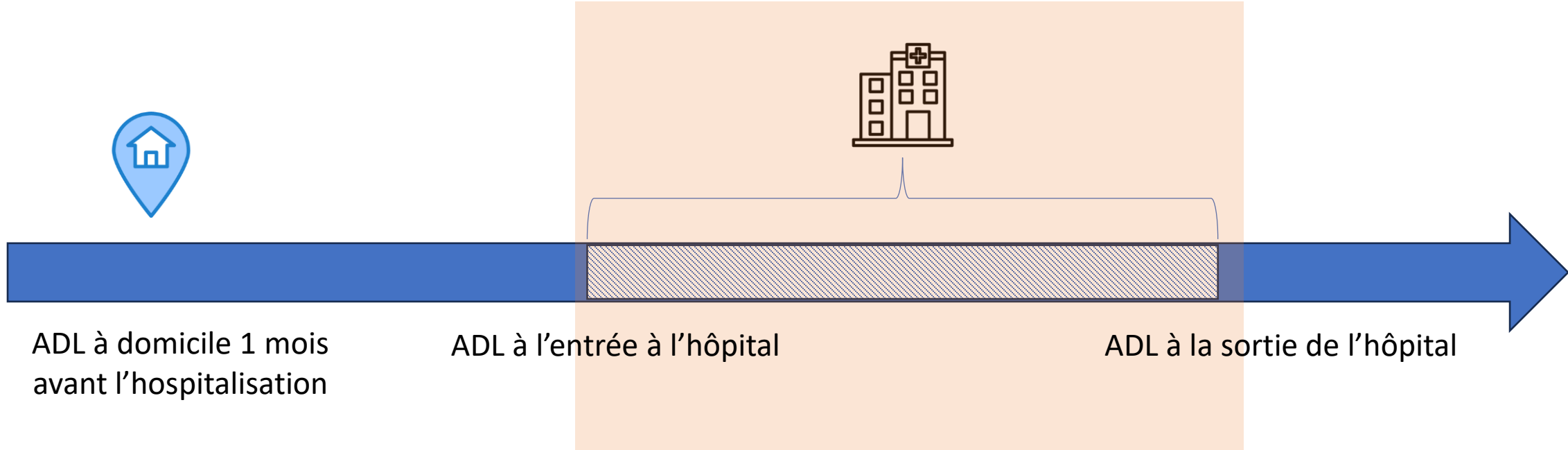
Nombre de jours d'infection, median (Q1, Q3)	7 (4 ; 12)
Délai découverte de l'infection (jours), median (Q1, Q3)	1 (1 ; 1)
Durée d'hospitalisation (jours), median (Q1, Q3)	10 (6 ; 18)

Répartition des infections nosocomiales
(N=154)



Infections nosocomiales

Nombre de jours d'infection, median (Q1, Q3)	9 (4 ; 15)
Délai découverte de l'infection (jours), median (Q1, Q3)	11 (9 ; 15)
Durée d'hospitalisation (jours), median (Q1, Q3)	17 (10 ; 30)

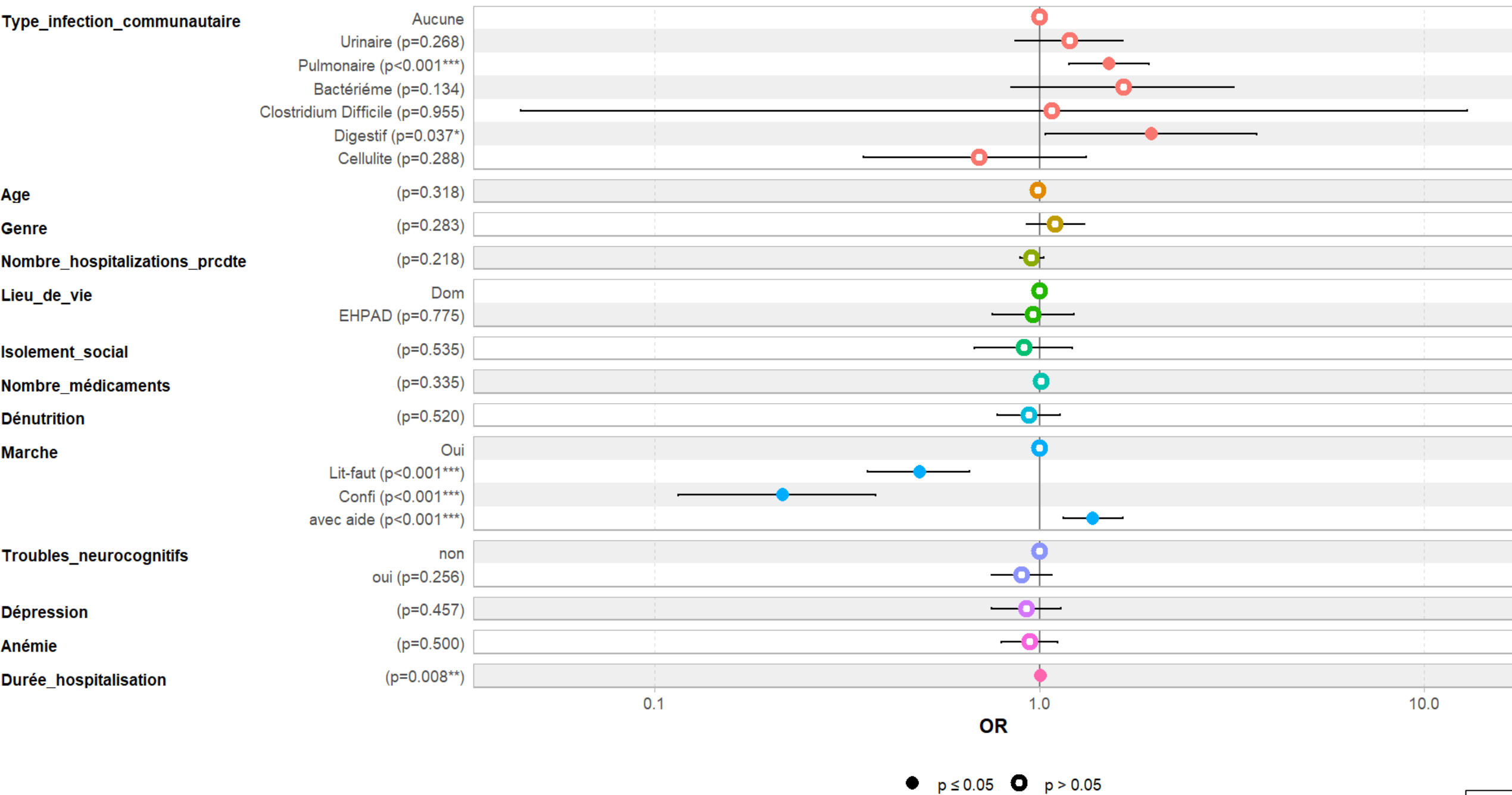


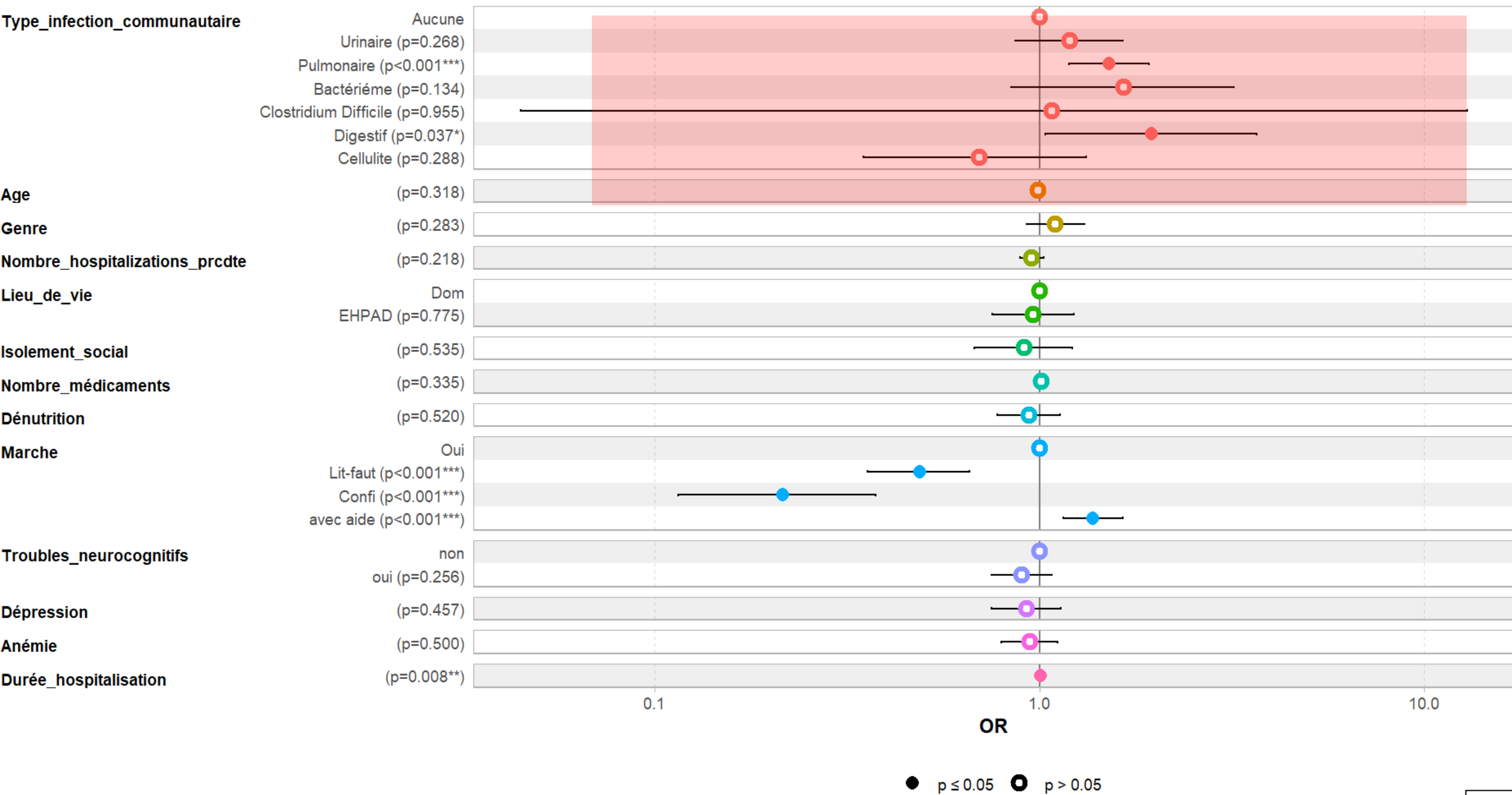
Infections communautaires

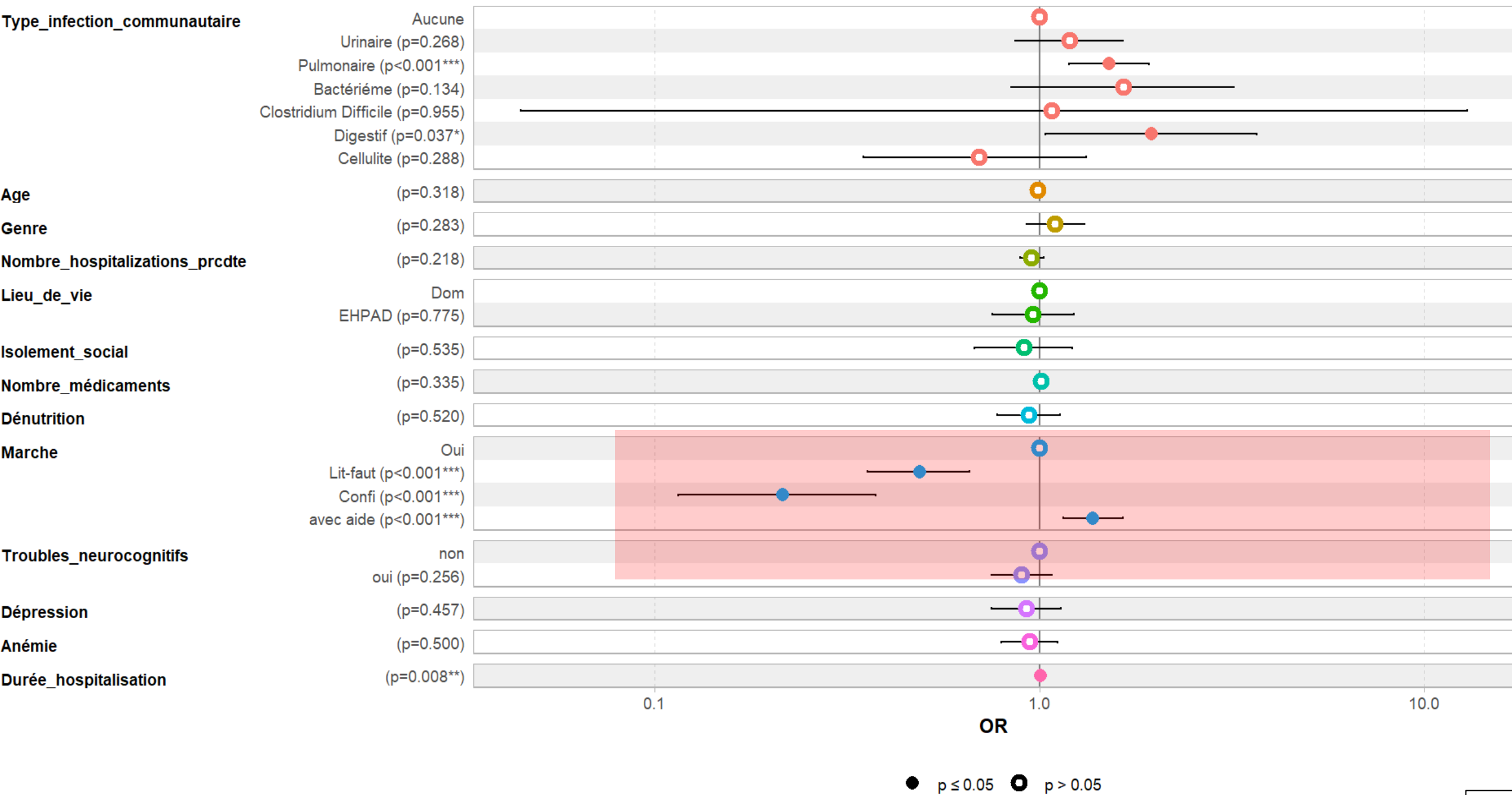
Les modèles

- #1 : entrée-sortie H
- #2 : domicile – entrée H
- #3 : domicile – sortie H

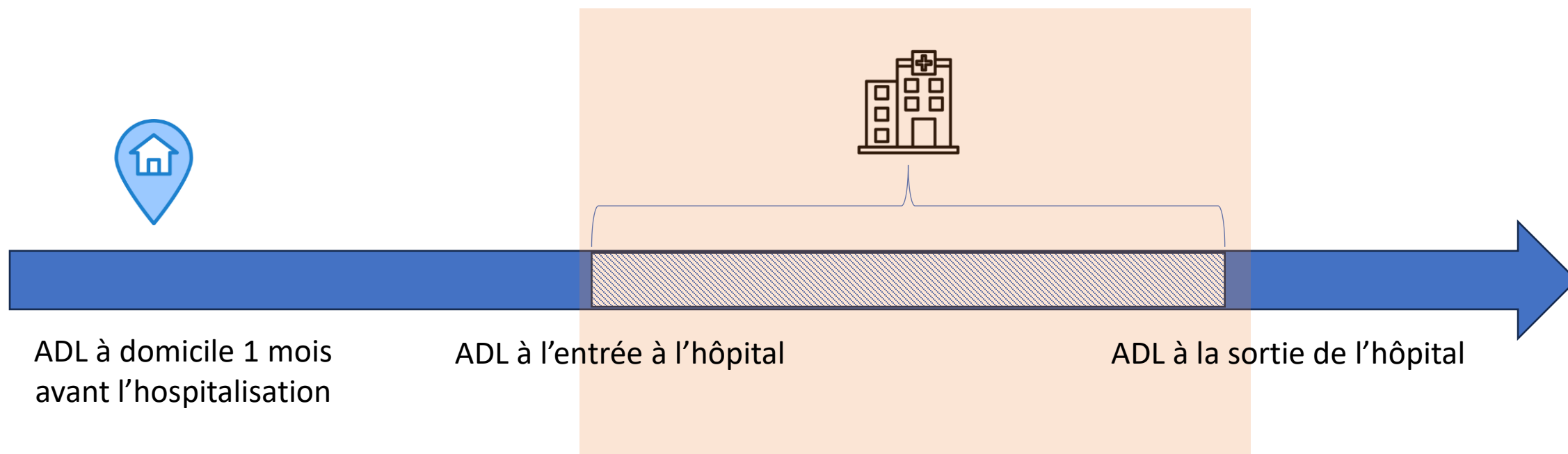
Significatif







	Infection communautaire N = 772	Infection nosocomiale N = 154	P-value
ADL domicile < 3, n (%)	249 (22.3)	34 (22.4)	0.63
ADL entrée à l'hôpital < 3, n (%)	415 (53.8)	83 (53.6)	0.34
ADL sortie de l'hôpital < 3, n (%)	339 (43.9)	70 (45.4)	0.22



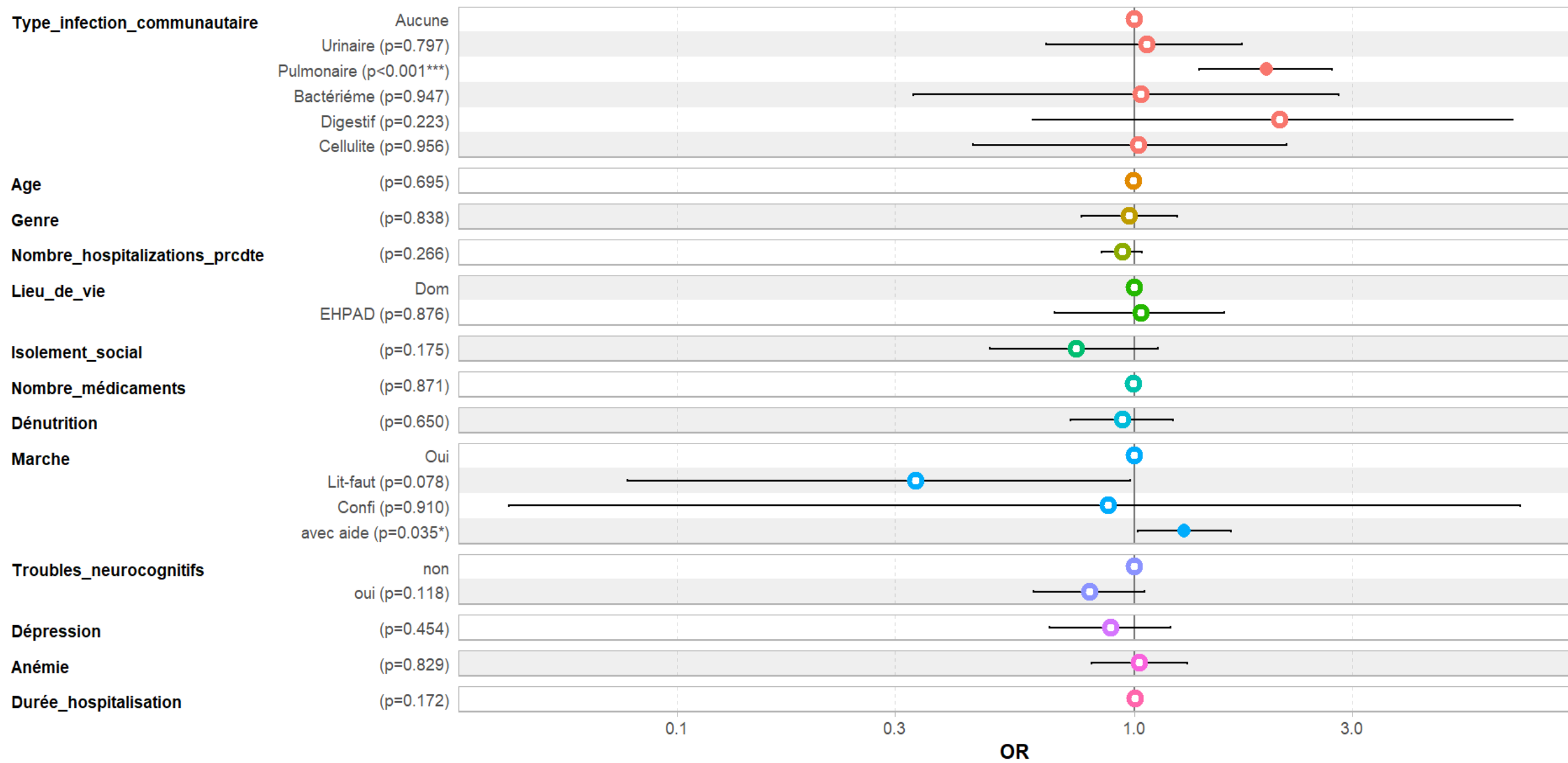
Infections communautaires

Les modèles

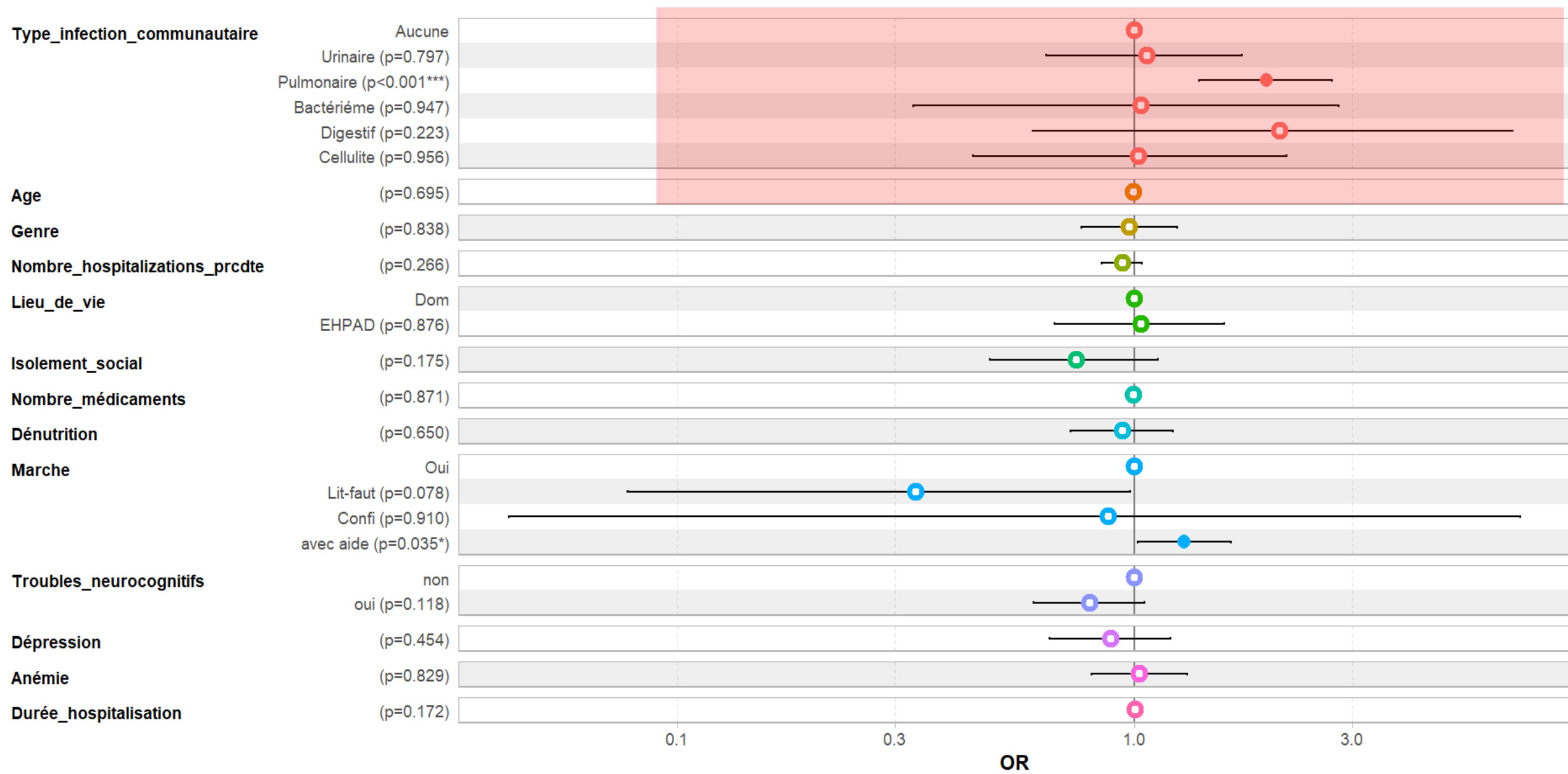
- #1 : entrée-sortie H
- #2 : domicile – entrée H
- #3 : domicile – sortie H

Significatif

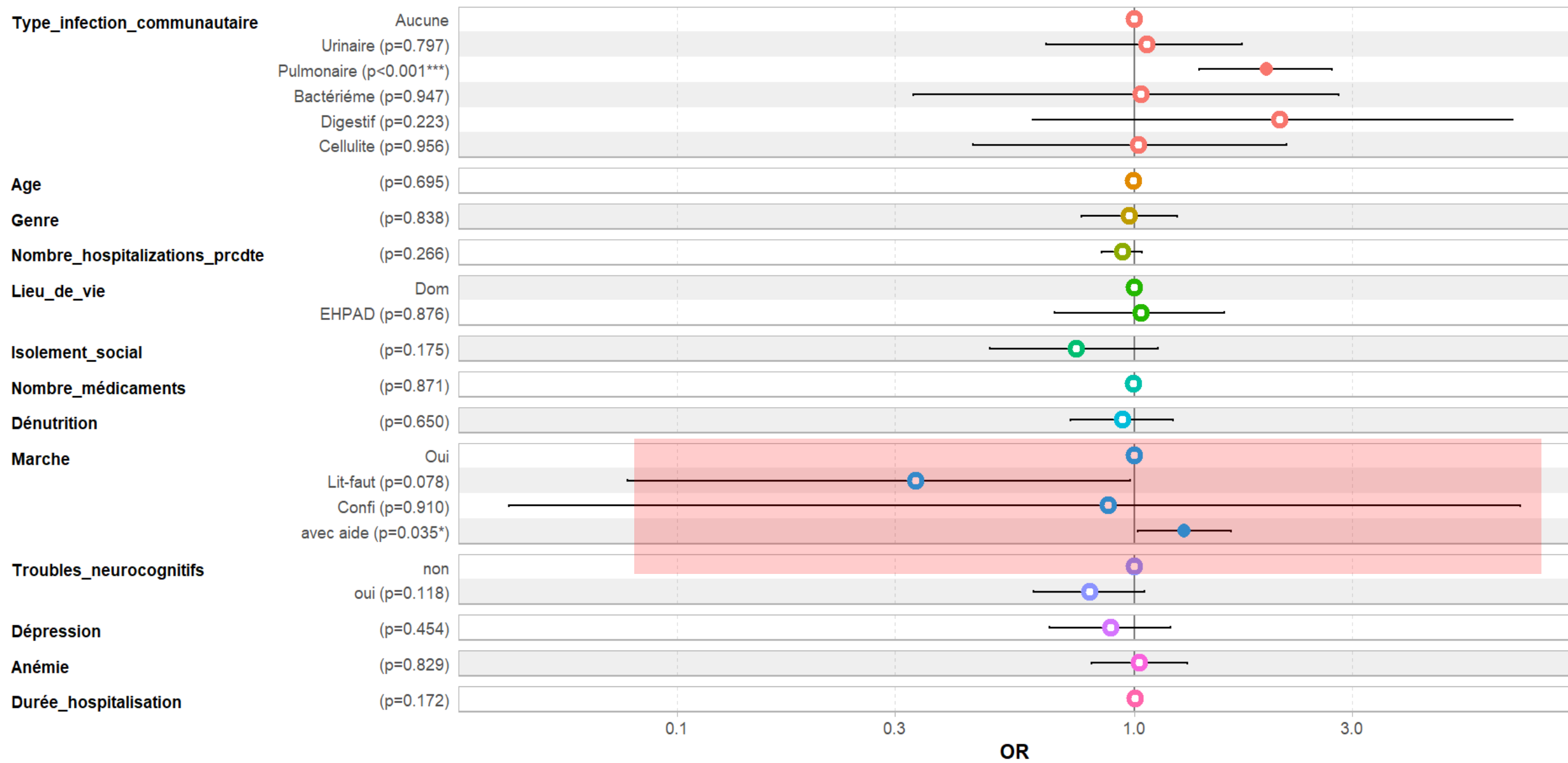
Analyse de sensibilité



Analyse de sensibilité



Analyse de sensibilité





IV - DISCUSSION



Syndromes gériatriques

Trouble NC

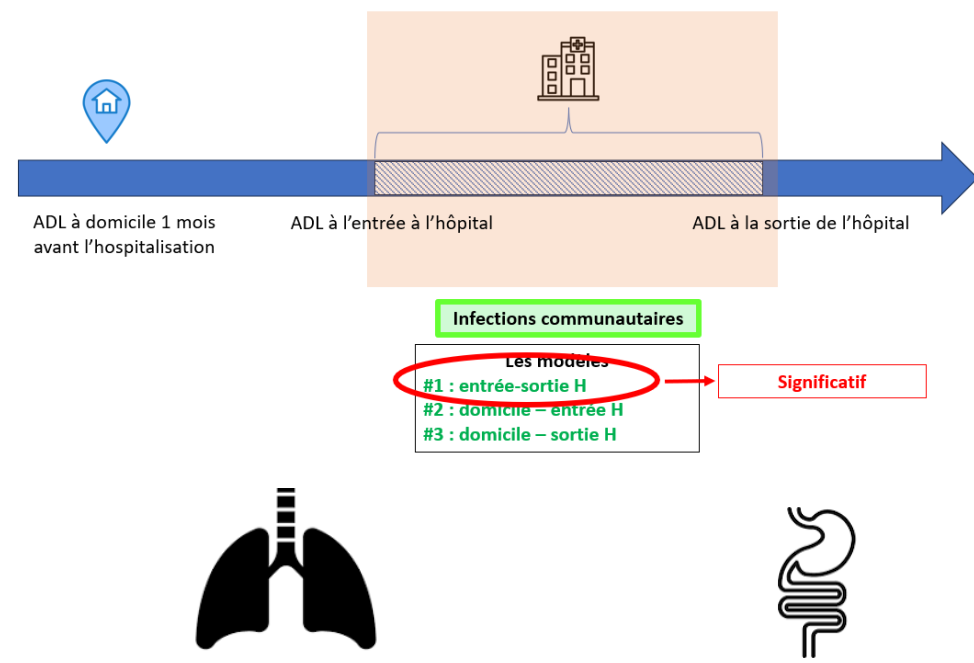
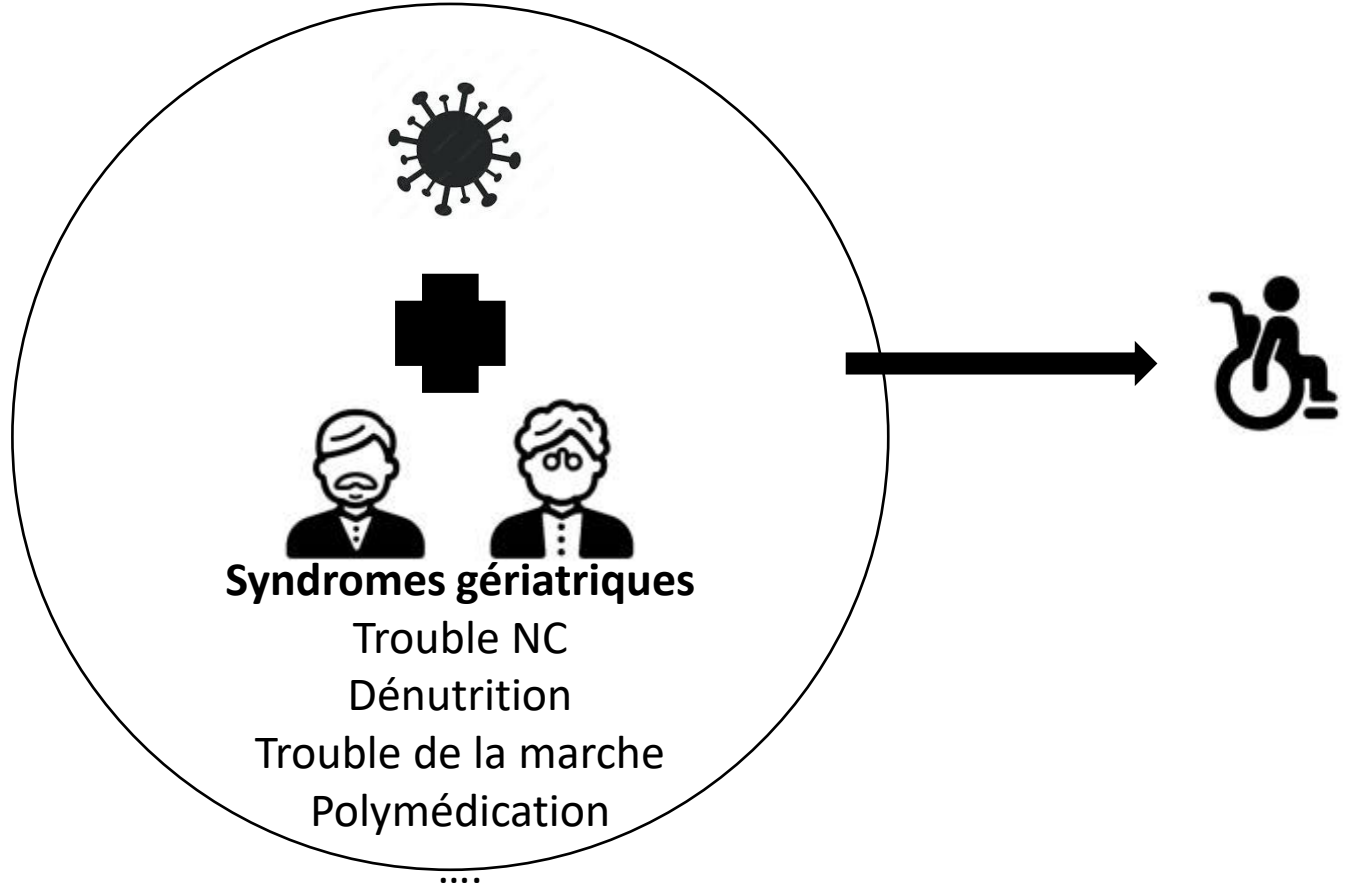
Dénutrition

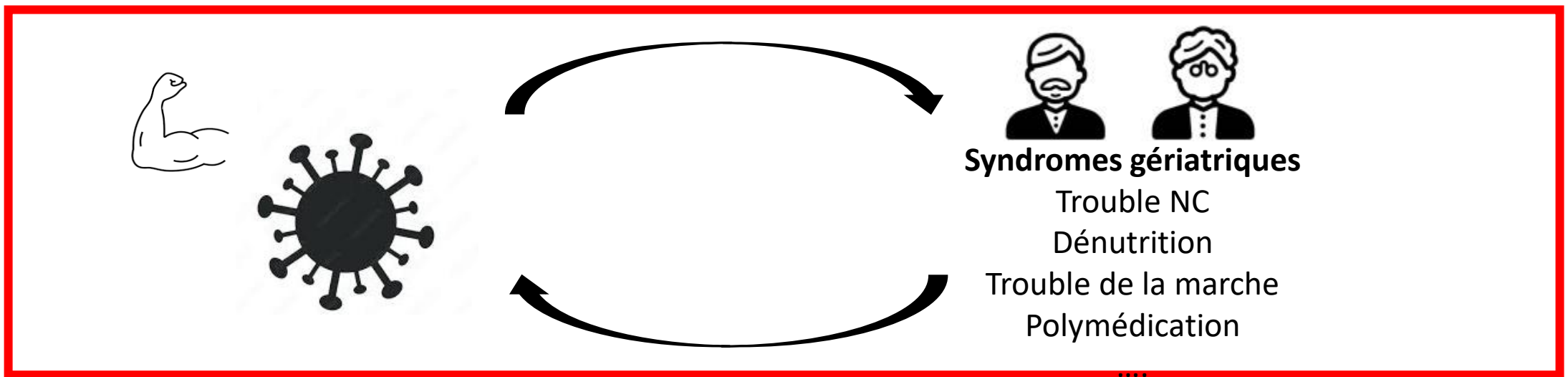
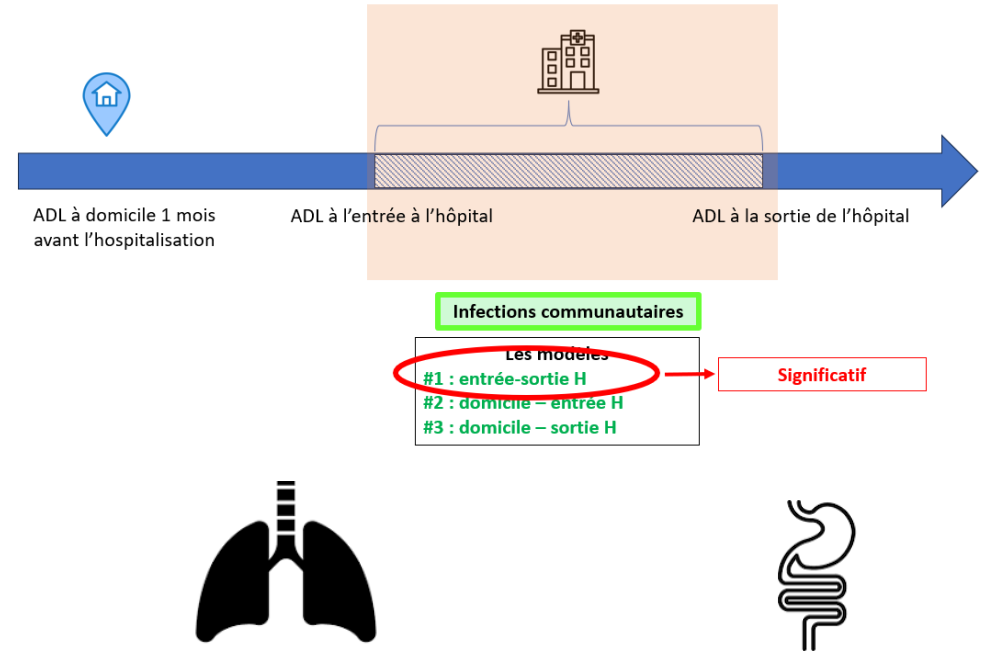
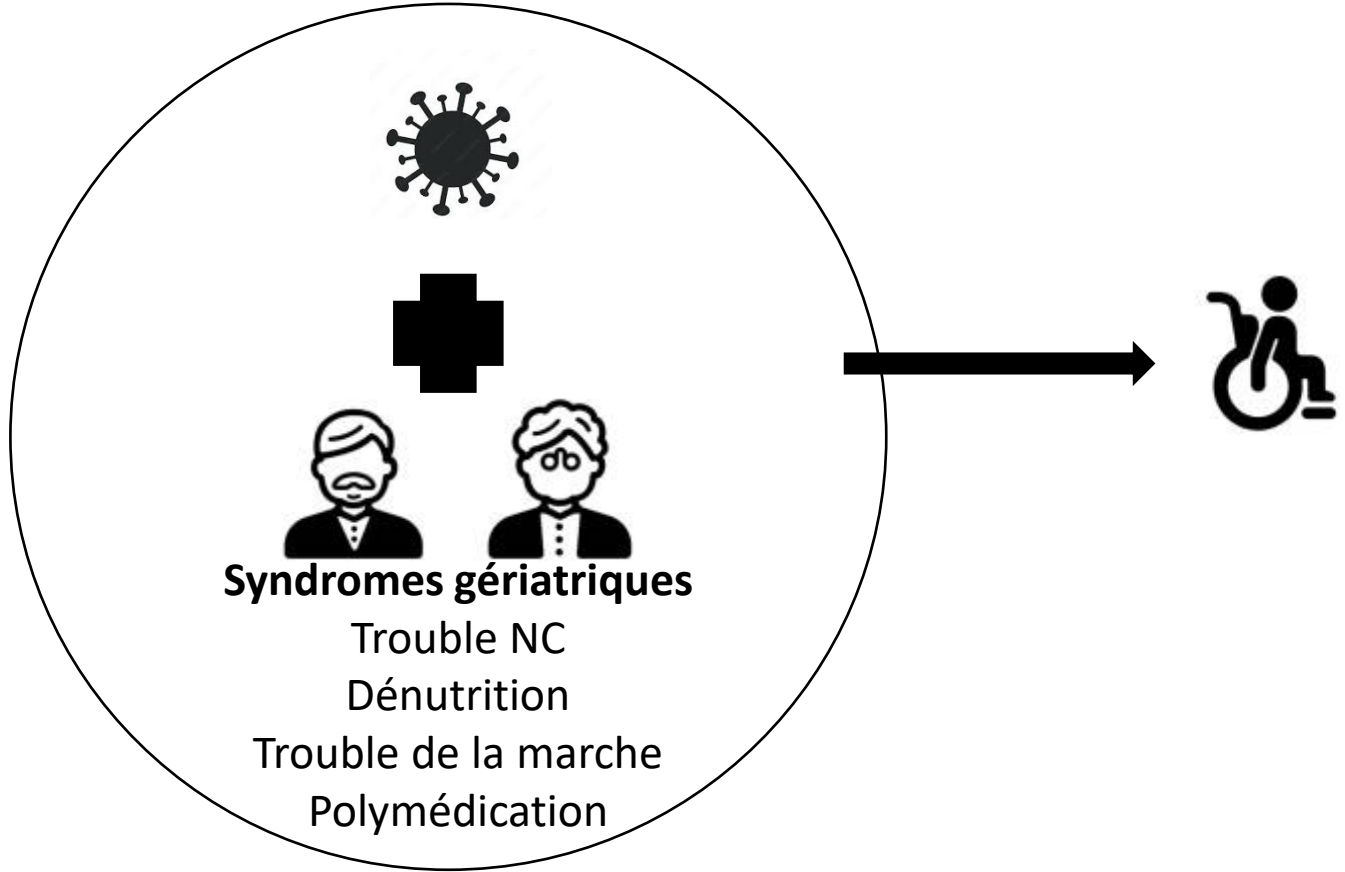
Trouble de la marche

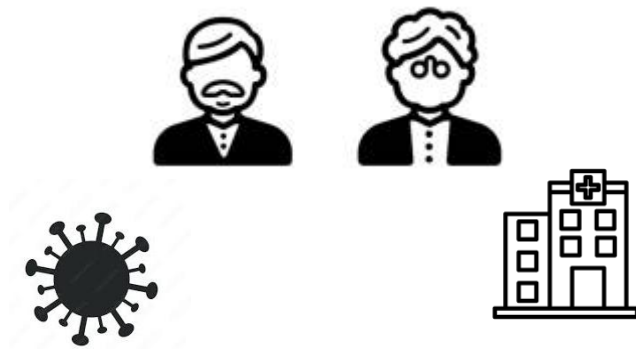
Polymédication

....

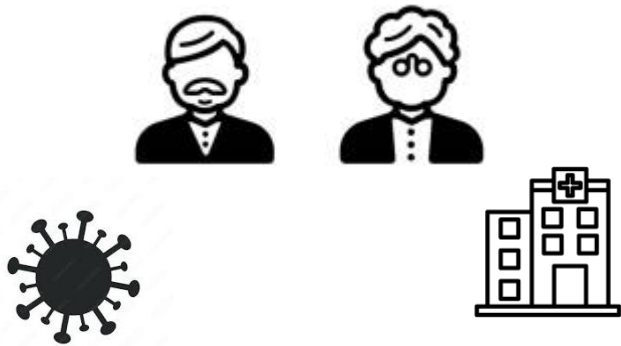




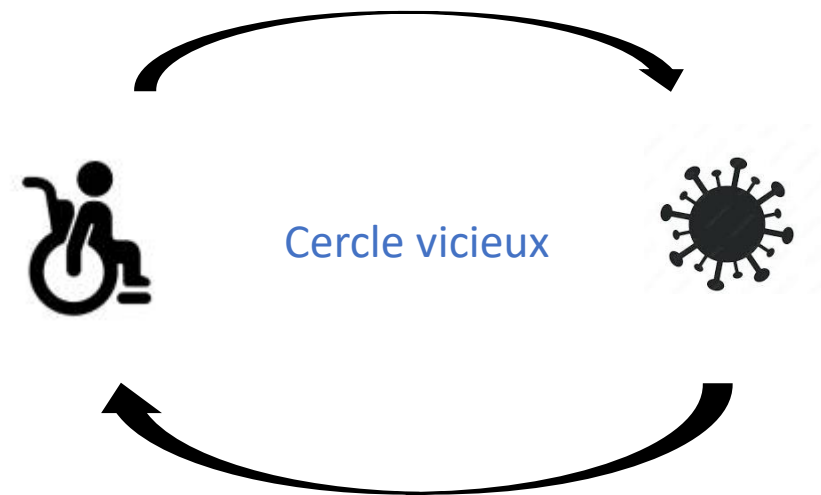


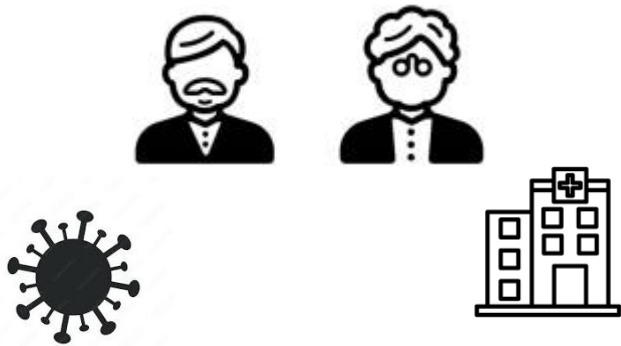


Données en soins intensifs
Type d'infection
En MAG?



Données en soins intensifs
Type d'infection
En MAG?

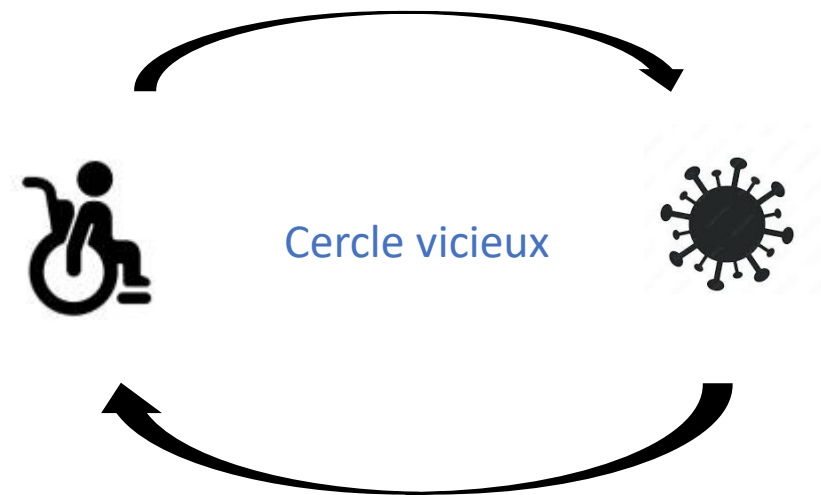


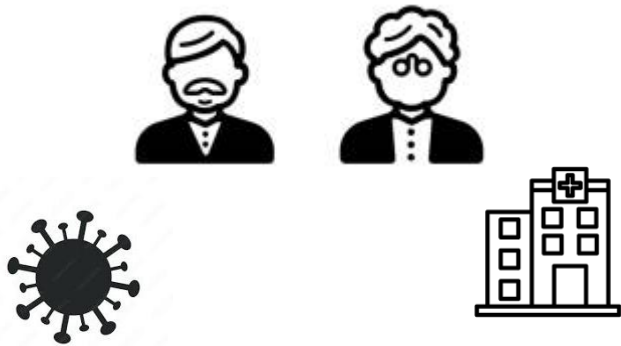


Données en soins intensifs
Type d'infection
En MAG?



Signal d'alerte

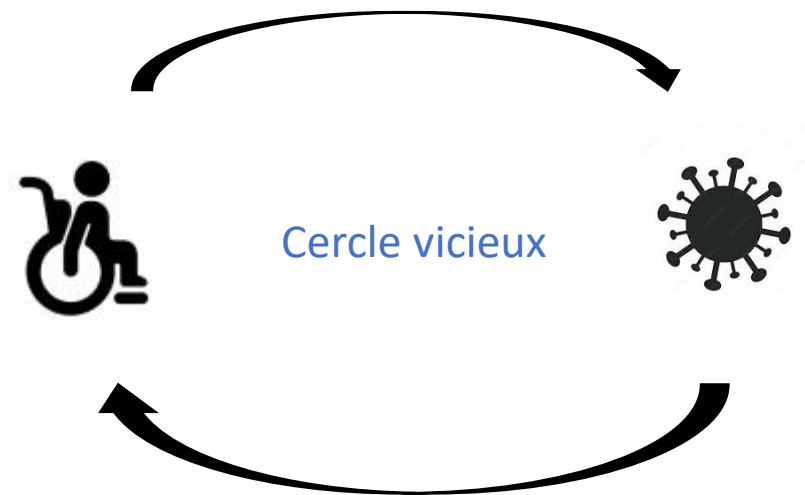




Données en soins intensifs
Type d'infection
En MAG?



Signal d'alerte



Prévention





Forces et limites





DAMAGE

- Données de haute qualité
- Nombre important d'individus
- Première étude multicentrique en sortie de gériatrie aigue
- Peu de critère d'exclusion



DAMAGE

- Données de haute qualité
- Nombre important d'individus
- Première étude multicentrique en sortie de gériatrie aigue
- Peu de critère d'exclusion



Codage des infections



DAMAGE

- Données de haute qualité
- Nombre important d'individus
- Première étude multicentrique en sortie de gériatrie aigue
- Peu de critère d'exclusion



Codage des infections



**Perte d'indépendance
fonctionnelle**

ADL de Katz
- 0.5 point

Analyse de sensibilité (ADL < 3)



V - CONCLUSION

① Les infections aiguës représentent des déterminants majeurs de perte d'indépendance fonctionnelle chez les patients âgés hospitalisés.



① Les infections aiguës représentent des déterminants majeurs de perte d'indépendance fonctionnelle chez les patients âgés hospitalisés.



② Repérage précoce et systématique des patients à risque dès l'admission ou dès l'identification d'une infection.



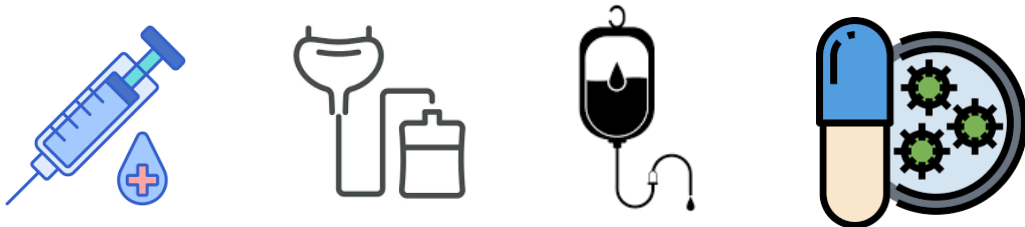
① Les infections aiguës représentent des déterminants majeurs de perte d'indépendance fonctionnelle chez les patients âgés hospitalisés.



② Repérage précoce et systématique des patients à risque dès l'admission ou dès l'identification d'une infection.



③ Importance d'une approche préventive globale.



La Journée
Scientifique 2025
de la SSGC

19 Septembre 2025
La Cité des Échanges
Marcq-en-Barœul - Lille

"Innovations et bonnes pratiques en gériatrie"

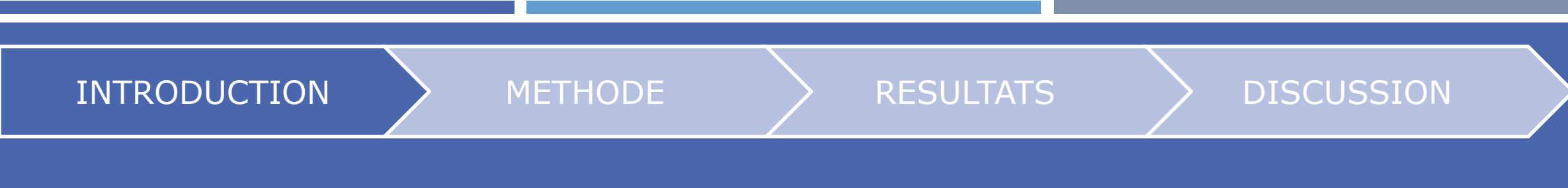


QUI FORMERA LA RELEVÉ UNIVERSITAIRE EN GERIATRIE ? UN REGARD GENRÉ SUR LES AMBITIONS DES INTERNES

***Mathilde DELANGHE, Dominique HUVENT-GRELLE,
François PUISIEUX***

Pôle de Gerontologie, CHU LILLE





INTRODUCTION

METHODE

RESULTATS

DISCUSSION

Contexte et constats

■ **Féminisation croissante de la médecine (CNG 2024)**

- 64,7 % des internes étaient des femmes
- 55,6 % des praticiens hospitaliers étaient des femmes

■ **Carrière hospitalo-universitaire (HU)**

- Fonction triple : soins, enseignement, recherche
- Parcours exigeant : master recherche, thèse de science, chef de clinique, expérience à l'étranger

■ **Inégalités persistantes**

- Les hommes représentent 66,9 % des HU toutes disciplines confondues (CNG 2024)
- En gynécologie obstétrique : seuls 13 % des femmes internes envisageaient une carrière HU, contre 27 % des hommes (BERLINGO 2018)

INTRODUCTION

METHODE

RESULTATS

DISCUSSION

Focus sur la gériatrie & objectifs de l'étude

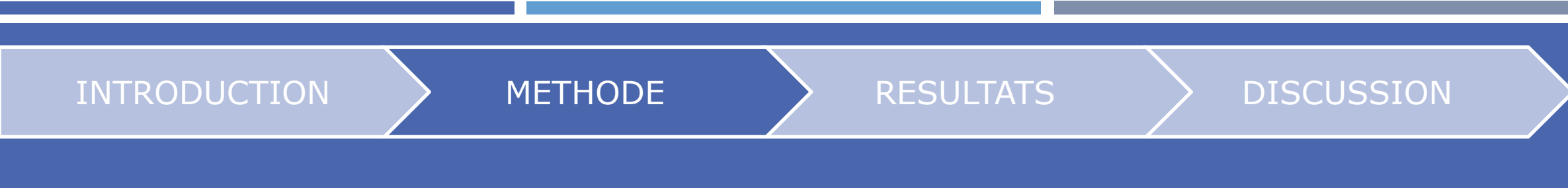
■ Spécialité gériatrie

- Créée en 2004
- Internes motivés par : (*PRUD'HOMM 2020*)
 - Le travail auprès des personnes âgées
 - La complexité clinique
- **65 PU-PH en gériatrie** dont 68 % d'hommes, 32 % de femmes (*CNG 2025*)

■ Objectifs de l'étude

- Interroger tous les internes en gériatrie en France
- Évaluer leur intérêt pour une carrière HU
- Analyser les différences de projection entre les hommes et les femmes





INTRODUCTION

METHODE

RESULTATS

DISCUSSION

Notre étude:

- Enquête transversale déclarative
- Auprès des internes de gériatrie de France, en 2024
- Réalisée par le biais d'un questionnaire de 42 items
- Diffusé par le biais des réseaux sociaux

Critères d'inclusion:

tous les internes de gériatrie de France: **686 internes**
(ECN 2020 à 2023)

Données recueillies :

- Age, sexe, Situation familiale, nombre d'enfant, souhait d'enfant,
- ECN: année passage, rang, semestre en cours, faculté,
- Type de carrière envisagée, obtention d'un master, publications scientifiques
- Priorités dans la vie quotidienne

Profil des répondants & aspirations de carrière

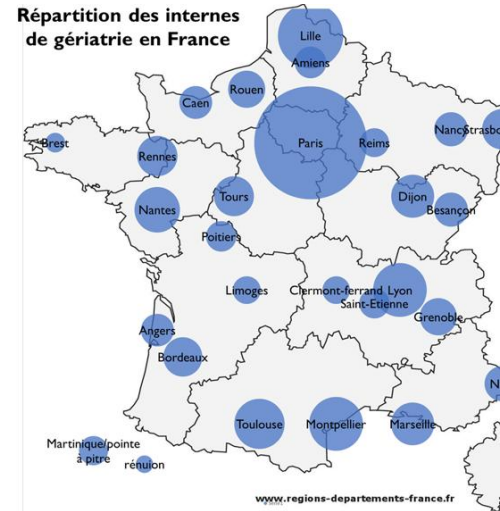
■ Caractéristiques des répondants

- 185 internes (taux de réponse : 27 %)
- 78,9 % de femmes – âge moyen : 29 ans
- 75,2 % classés au-delà du 400^{le} rang
- 2/3 en couple, >90 % sans enfant
- Peu de parents issus du monde de la recherche

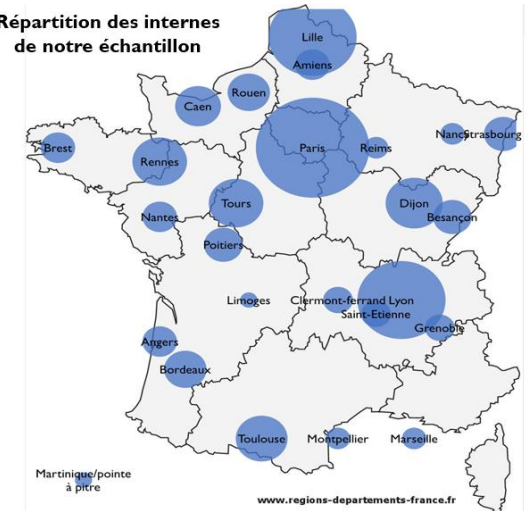
■ Aspirations de carrière

- Master : 25,4 %, Thèse en sciences : 11,4 % (hommes > femmes, $p < 0,05$)
- Publication scientifique : 33 %
- Mobilité internationale : 29,7 %
- Intérêt pour l'enseignement : 45,9 %, pour la recherche : 17,8 % (hommes > femmes, $p < 0,05$)

Répartition des internes
de gériatrie en France



Répartition des internes
de notre échantillon



INTRODUCTION

METHODE

RESULTATS

DISCUSSION

Ambitions universitaires & priorités personnelles

■ Facteurs influençant l'ambition universitaire

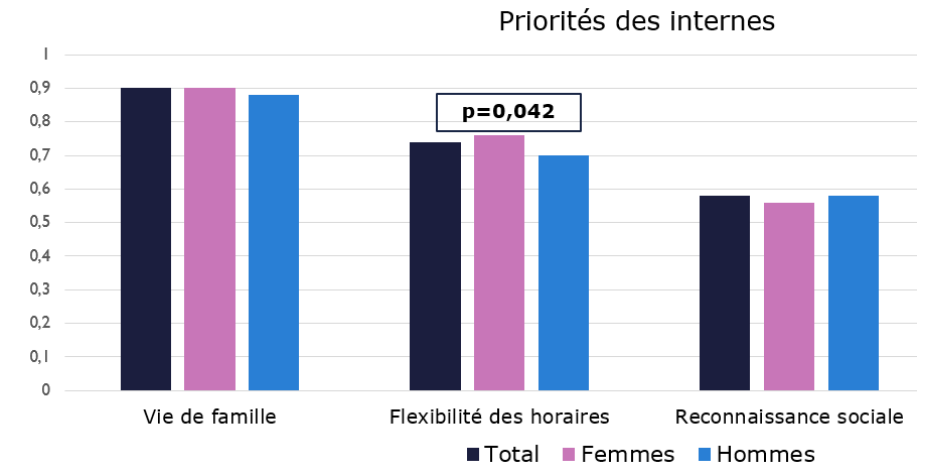
- Forte corrélation avec le rang ECN ($p < 0,001$)

■ Postes envisagés

- Assistant/Chef de clinique : 67 %
- Secteur public : >80 % – pas de différence selon le genre

■ Priorités personnelles

- priorité n°1 : Vie de famille (4,5/5)
- Femmes : + grande volonté d'avoir une famille nombreuse
- Horaires flexibles : plus important pour les femmes ($p = 0,042$)
- Loisirs/reconnaissance sociale : note moyenne 4,1/5



INTRODUCTION

METHODE

RESULTATS

DISCUSSION

Obstacles, soutien et discriminations

■ Freins à la carrière HU

- Seulement 20 % pensent qu'il est possible de concilier soins, recherche et enseignement
- 70 % doutent de leur capacité à réussir une carrière HU
- Même parmi les aspirants HU : 44 % seulement pensent cet équilibre réalisable

■ Soutien reçu

- 56,8 % ont reçu des conseils d'un HU
- 31,4 % soutenus dans leurs projets de recherche
- 67 % ont un *modèle universitaire* (86 % chez les aspirants HU)

■ ⚠ Discriminations de genre

- 42,5 % des femmes pensent que leur carrière aurait été différente si elles avaient été un homme (vs 23,1 %, $p = 0,027$)
- 33 % des internes ont vécu une discrimination de genre (97 % sont des femmes, $p < 0,001$)

INTRODUCTION

METHODE

RESULTATS

DISCUSSION

	Total (N=185)	En fonction du sexe		p-value ¹
		Femme (N=146)	Homme (N=39)	
A obtenu un master en sciences, n (%)	36 (19,5)	29 (19,9)	7 (17,9)	0,8
Souhaite réaliser un master en science, n (%)	47 (25,4)	33 (22,6)	14 (35,9)	0,09
Souhaite réaliser une thèse de sciences, n (%)	21 (11,4)	12 (8,2)	9 (23,1)	0,037
Ne sait pas	42 (22,7)	36 (24,7)	6 (15,4)	
A publié un article scientifique, n (%)	61 (33,0)	44 (30,1)	17 (43,6)	0,11
Envisage une mobilité à l'étranger, n (%)	55 (29,7)	43 (29,5)	12 (30,8)	0,9
A un poste prévu en post-internat, n (%)	73 (39,5)	57 (39,0)	16 (41,0)	0,8
Envisage une carrière dans l'enseignement, n (%)	85 (45,9)	63 (43,2)	22 (56,4)	0,2
Ne sais pas	35 (18,9)	27 (18,5)	8 (20,5)	
Envisage une carrière dans la recherche, n (%)	33 (17,8)	20 (13,7)	13 (33,3)	0,013
Ne sais pas	32 (17,3)	25 (17,1)	7 (17,9)	
Souhaite devenir professeur, n (%)	41 (22,2)	28 (19,2)	13 (33,3)	0,059

¹Test du khi-deux (χ^2), ou Test exact de Fisher

INTRODUCTION

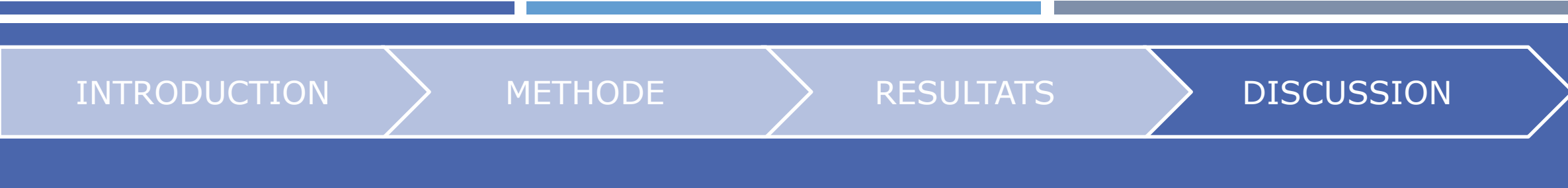
METHODE

RESULTATS

DISCUSSION

	Population d'étude (N=185)				Aspirant HU (N=50)			
	Total N = 185	Femme N = 146	Homme N = 39	p-value ¹	Total N = 50	Femme N = 34	Homme N = 16	p-value ¹
A reçu des conseils d'un PH ou PHU pour ses choix de carrière	105 (56,8)	83 (56,8)	22 (56,4)	>0,9	33 (66,0)	23 (67,6)	10 (62,5)	0,7
Vous sentez-vous soutenu dans vos projets de recherche ?				0,4				>0,9
Oui	58 (31,4)	42 (28,8)	16 (41,0)		29 (58,0)	19 (55,9)	10 (62,5)	
Non	16 (8,6)	13 (8,9)	3 (7,7)		6 (12,0)	4 (11,8)	2 (12,5)	
Je n'ai pas de projet de recherche	111 (60,0)	91 (62,3)	20 (51,3)		15 (30,0)	11 (32,4)	4 (25,0)	
Pense qu'il est possible (en termes de temps) de concilier activité de recherche, enseignement et pratique clinique ?	37 (20,0)	27 (18,5)	10 (25,6)	0,3	22 (44,0)	14 (41,2)	8 (50,0)	0,6
Au moins un médecin universitaire représente un modèle pour vous	124 (67,0)	102 (69,9)	22 (56,4)	0,11	43 (86,0)	31 (91,2)	12 (75,0)	0,2
Si oui, est/sont-il/ils principalement du même sexe que vous ?				0,3				0,1
Oui	55 (44,4)	47 (46,1)	8 (36,4)		17 (39,5)	15 (48,4)	2 (16,7)	
Non	67 (54,0)	54 (52,9)	13 (59,1)		25 (58,1)	15 (48,4)	10 (83,3)	
Non concerné	2 (1,6)	1 (1,0)	1 (4,5)		1 (2,3)	1 (3,2)	0 (0,0)	
A subi de la discrimination de genre dans son activité professionnelle	60 (32,4)	58 (39,7)	2 (5,1)	<0,001	13 (26,0)	13 (38,2)	0 (0,0)	0,006
Ne sait pas	6 (3,2)	5 (3,4)	1 (2,6)		3 (6,0)	2 (5,9)	1 (6,3)	
Doute de sa capacité à poursuivre ou réussir une carrière universitaire ?	133 (71,9)	108 (74,0)	25 (64,1)	0,2	33 (66,0)	24 (70,6)	9 (56,3)	0,3
Pense que son projet de carrière serait différent s'il appartenait au sexe opposé	71 (38,4)	62 (42,5)	9 (23,1)	0,027	23 (46,0)	17 (50,0)	6 (7,5)	0,4

¹Test du khi-deux (χ^2), ou Test exact de Fisher



INTRODUCTION

METHODE

RESULTATS

DISCUSSION

Forces

- **GERIATRIE : discipline récente et peu étudiée** (gériatrie reconnue en 2004)
- **Première étude en France** explorant les **aspirations HU en gériatrie selon le genre**
- Mise en évidence d'un **décalage hommes/femmes** dans l'accès aux carrières HU malgré une féminisation de la spécialité
- Résultats notables :
 - Intérêt plus marqué des hommes pour la recherche et la réalisation d'une thèse
 - Seuls 20 % pensent pouvoir concilier soins, recherche et enseignement
 - Vie de famille : priorité n°1, horaires flexibles plus importants pour les femmes
 - Discrimination de genre : perçue majoritairement par les femmes (42,5 % vs 23,1 %)
- Échantillon couvrant **presque toutes les régions françaises**

Limites

- **Taille de l'échantillon réduite** (27 % des internes ciblés), limitant la puissance statistique
- **Biais de sélection** : diffusion uniquement via réseaux sociaux (non-utilisateurs exclus)

INTRODUCTION

METHODE

RESULTATS

DISCUSSION

(I) Leadership masculin et inégalités persistantes

■ Leadership médical encore largement masculin

- Professeurs et maîtres de conférences : rôles clés mais majoritairement masculins
- Aux États-Unis (jusqu'en 2013) : les femmes accédaient moins souvent au rang de professeur, freinées par :
 - un manque de parité dans les postes de pouvoir
 - des charges familiales déséquilibrées
 - la difficulté à concilier vie professionnelle/personnelle

(Ross, *Nature*, 2022)

■ Un phénomène global

- Patriarcat toujours présent dans les structures médicales
- Stéréotypes de genre et normes masculines persistantes
- En 2023 : **90 % des pays dirigés par des hommes**

■ Résultats de notre étude

- 33,3 % des hommes vs 19,2 % des femmes souhaitent devenir professeurs
- Écart non significatif, mais révélateur d'une tendance



INTRODUCTION

METHODE

RESULTATS

DISCUSSION

(2) Moins de femmes engagées vers une carrière universitaire

■ Une majorité féminine... mais sous-représentée aux postes HU (CNG 2021)

- Femmes présidentes de CME : **23 %** (2021)
- Doyennes de facultés : **17 %** (2021)
- Seulement **4,3 %** des praticiens hospitaliers sont des **femmes HU**

■ Résultats de notre étude

Les femmes envisagent **moins souvent** une carrière HU

Intérêt plus marqué des hommes pour :

- la **recherche**
- la **thèse scientifique** ($p < 0,05$)

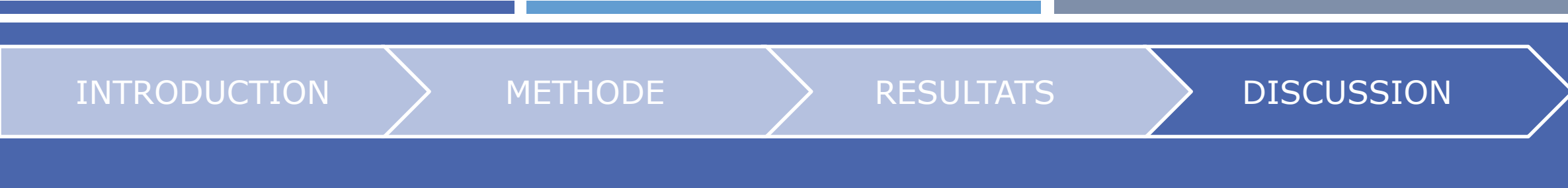
■ Des freins persistants

Plafond de verre : autocensure, biais institutionnels (LE JEUNNE 2021)

Moins de reconnaissance des femmes malgré une implication scientifique similaire (VRANAS 2020)

- Moins souvent **premières/dernières auteures**
- Publications dans des revues à **plus faible impact**





INTRODUCTION

METHODE

RESULTATS

DISCUSSION

(3) Impact de la discrimination de genre sur les carrières médicales

■ Des discriminations encore largement féminines

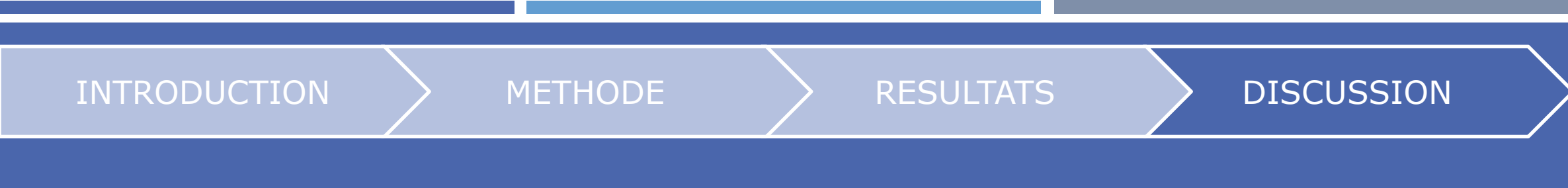
- 1 interne sur 3 déclare avoir subi une discrimination de genre : 97 % des victimes sont des femmes
- 42,5 % des femmes (vs 23,1 % des hommes, $p = 0,027$) estiment que leur carrière aurait été différente si elles avaient été un homme

■ Des obstacles structurels persistants

- Conciliation vie professionnelle / vie familiale : un enjeu clé
- L'internat (4 à 10 ans) coïncide avec des choix de vie personnelle majeurs
- Le congé maternité peut freiner l'évolution professionnelle et renforcer les inégalités

■ Charge mentale et normes professionnelles inadaptées

- Femmes = principales responsables de la logistique familiale et de l'éducation
- Réunions tôt le matin / tard le soir, culture du présentisme, manque de flexibilité,...
- Autant de freins à l'équilibre et à l'ambition universitaire



INTRODUCTION

METHODE

RESULTATS

DISCUSSION

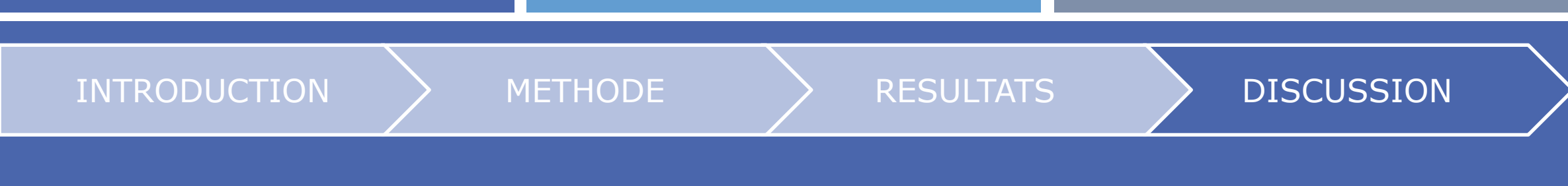
(4) Carrière universitaire : entre ambition et doutes

■ Un manque de confiance généralisé

- USA: 70 % des internes doutent de leur capacité à réussir une carrière HU (GOTTLIEB 2022)
- USA : les étudiantes en médecine se déclarent moins confiantes que les hommes, notamment à l'oral (BLANCH 2008)
- France : *syndrome de l'imposteur* fréquent chez les internes, renforçant le sentiment d'illégitimité (ROUSSEL 2022)

■ Une carrière perçue comme exigeante

Conciliation soins, recherche et enseignement jugée difficile
→ Seulement 20 % estiment cet équilibre possible (ROSSO 2019)



INTRODUCTION

METHODE

RESULTATS

DISCUSSION

(5) Importance d'un mentor et d'un modèle pour les femmes

- **67 %** des internes considèrent un médecin universitaire comme un modèle (69,9 % chez les femmes vs 56,4 % chez les hommes).
- Cette proportion atteint **86 %** parmi les internes aspirant à une carrière hospitalo-universitaire (91,2 % chez les femmes contre 75 % chez les hommes).
- **56,8 %** des internes ont reçu des conseils d'un médecin HU, chiffre qui monte à **66 %** chez les aspirants HU.
- **Disparités de genre :**
 - Constat : les femmes rencontrent davantage d'obstacles à l'accès à une carrière universitaire.
 - La présence d'un modèle et/ou d'un mentor **féminin** est un facteur clé de réussite et d'accompagnement dans ce parcours. (CATHELAIN 2019)

INTRODUCTION

METHODE

RESULTATS

DISCUSSION

Perspectives

- **Renforcer la confiance en soi**
 - Majorité des internes doutent de leurs capacités
 - Soutien psychologique, entretiens motivationnels, conseils pratiques
- **Faciliter la conciliation vie professionnelle/personnelle**
 - Importance de la flexibilité des horaires, surtout pour les femmes
 - Télétravail pour recherche et enseignement
 - Adaptation des pratiques (horaires de réunion, lutte contre présentéisme)
 - Promotion du partage des tâches familiales (congé paternité prolongé)
- **Promouvoir l'accès des femmes aux carrières HU**
 - Mentorats officiels et formations leadership précoces
 - Sensibilisation aux biais de genre
 - Valorisation des modèles féminins et développer le compagnonnage

AVENIR : lever les freins, briser le plafond de verre,
renforcer la représentation féminine en gériatrie hospitalo-universitaire



Merci de votre attention !

ARTICLE ORIGINAL

*Gériatrie en France : qui sont les futurs universitaires?
Regards croisés sur les ambitions des internes
hommes et femmes*

*The future of geriatric academia in France: exploring the career ambitions
of male and female residents*

Dominique HUVENT-GRELLE¹, Mathilde DELANGHE¹, Isabelle DELABRIÈRE¹,
Anne-Émilie PETIT², François PUISIEUX¹

Rev Geriatr 2025 Juin ; 50 (6).

