

# PETIT BULLETIN

## du Gériatre et du Gérologue

CHU de Grenoble et de Nice  
CMRR Grenoble Arc Alpin et Nice

16<sup>ème</sup> année n° 15

03 Mai 2010

REUNION BIBLIOGRAPHIQUE HEBDOMADAIRE

Pour l'envoi de vos références et résumés : [franco.a@chu-nice.fr](mailto:franco.a@chu-nice.fr)

### Edito

Enfin la vérité ? « Le vieillissement de la population n'est pas la menace dominante pour l'évolution globale des dépenses d'assurance maladie mais il révèle la fragilité fondamentale de l'organisation des soins, notamment son insuffisante transversalité. Voilà en substance l'avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), adopté jeudi 22 avril ». Voir Infos et aussi le Courrier des lecteurs....

### Articles

- **BMJ 2008; 337:82-86**

**Exposure to antipsychotics and risk of stroke: Self controlled case series study.** Ian J Douglas, research fellow, Liam Smeeth, professor of clinical epidemiology

*Cette étude épidémiologique avait pour objectif d'examiner l'association entre l'utilisation de traitements antipsychotiques (ATP) typiques et atypiques et l'incidence d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) chez les patients présentant ou non un diagnostic de démence antérieur. La méthode est basée sur l'utilisation de la base de données: général practice research database (GPRD), considérée par les auteurs comme représentative de la population du Royaume-Uni. Pour être inclus, les patients devaient avoir eu un AVC au moins 12 mois après leur entrée dans la base et avant 2003, et avoir eu au moins une période de prescription d'un ATP typique ou atypique. Les patients ayant eu un AVC avant l'inclusion étaient exclus et seul le premier AVC était pris en compte dans l'analyse statistique pour les patients en ayant subi plusieurs. Les auteurs ont utilisé une méthode statistique à partir de l'étude de série de cas avec autocontrôle (self-controlled case series study : SCCS). Pour chaque participant, les prescriptions étaient répertoriées en fonction du type de traitement et de la durée d'exposition lorsque cela était possible. Les périodes d'exposition correspondaient à la durée de prescription suivie de 5 périodes de 35 jours allant jusqu'à 175 jours après l'arrêt. Toutes les autres périodes étaient classées comme absence d'exposition à un traitement ATP. Pour chaque patient, était recherché dans la base, un diagnostic de démence antérieur au premier AVC. L'utilisation d'une régression de Poisson a permis aux auteurs d'évaluer l'impact de l'exposition à un médicament ATP, de mesurer les différences d'effets des ATP typiques et atypiques et d'estimer l'effet parmi les patients présentant ou non un diagnostic de démence. Les risques relatifs de survenue d'un AVC ont été estimés en comparant les périodes d'exposition ou non aux ATP pour chaque patient.*

*Les résultats présentent l'analyse statistique de 6790 patients ayant été inclus : 905 ont reçu un traitement par ATP atypique et 6334 par un ATP typique durant la période d'étude. On retrouvait 64% de femmes, l'âge moyen de première exposition à un antipsychotique était de 80 ans et celui de premier AVC de 81 ans. 2290 (34%) patients ont eu une seule période d'exposition à un ATP, 2406 (35%) en avait eu entre 2 et 5 et 2094 (31%) plus de 6. le diagnostic de démence antérieur au premier AVC était posé chez 1423 de ces patients. La période d'exposition à un traitement ATP était associée un risque relatif de survenue d'un AVC de 1,73 (intervalle de confiance à 95% IC 95 de 1,60 à 1,87) comparativement aux périodes de non exposition, avec un risque de 1,69 (IC95 de 1,55 à 1,84) pour les ATP typiques et de 2,32 (IC95 de 1,73 à 3,10) pour les atypiques. Pour les patients présentant un diagnostic de démence antérieur, le risque était de 3,50 (IC95 de 2,97 à 4,12) contre 1,41 (IC95 de 1,29 à 1,55) en l'absence de démence. Tous les ATP seraient associés à une augmentation du risque d'AVC et ce risque pourrait être supérieur pour les patients recevant un atypique comparativement à ceux recevant un ATP typique. Les patients présentant un diagnostic de démence semble être à plus haut risque de survenue d'un AVC lors de l'exposition à un traitement ATP et les auteurs concluent que l'utilisation de ces traitements doit être évitée chez ces patients dans la mesure du possible.*

*Les résultats concordent avec les données de la littérature concernant l'existence d'une corrélation entre l'utilisation d'un traitement ATP et le risque de survenue d'un AVC ainsi que concernant le risque supérieur avec l'utilisation des ATP atypiques. L'utilisation d'une méthode statistique basée sur la série de cas avec autocontrôle représente la principale originalité de cette étude. Les patients sont leur propre témoin ce qui*

permet de s'affranchir de l'impact des facteurs de risque invariant chez un sujet et à l'origine d'une variabilité interindividuelle. Ceci permet de limiter les biais en rapport avec des facteurs de confusion. Or, seuls les facteurs ne variant pas dans le temps sont contrôlés et une confusion est possible notamment en rapport avec l'effet de l'âge du patient et la distribution de survenue d'AVC par rapport au type de prescription n'est pas rapportée par les auteurs. Toutefois, cet effet serait plutôt susceptible d'entraîner un biais dans le sens d'une sous-évaluation de l'impact. D'autre part, le large étendu de l'échantillon permet également d'envisager une bonne significativité des résultats. Par contre, la comparaison entre les patients ayant reçu un traitement ATP typique et ceux ayant reçu un traitement atypique apporte un niveau de preuve moins important puisque l'étude fonctionne alors quasiment comme une étude de cohorte rétrospective ne s'affranchissant plus de la variabilité interindividuelle, de même que l'existence ou non d'un diagnostic de démence antérieure d'autant qu'aucune distinction ne semble faite entre les différents types de démence (vasculaires, type Alzheimer...). Ces résultats doivent donc être envisagés avec plus de mesure, même si pour la plupart ils vont plutôt dans le sens des données précédentes. Le risque supérieur pour les patients présentant une démence pourrait être lié à des posologies plus élevées utilisées pour ces patients ce qui n'est pas renseigné dans cette étude. (Commentaires Emmanuel MULIN, CMRR Nice)

- **Annals of Oncology 2009; 20 :5-16**

**Treatment of the elderly colorectal cancer patient: SIOG expert recommendations.** Papamichael D, Audisio R, Horiot JC, Glimelius B, Sastre J, Mitry E, Van Cutsem E, Gosney M, Kohne CH, Aapro M.

Cinquante pourcent des cancers colorectaux (CCR) surviennent après 70 ans en Europe. Actuellement, pour un même stade, les CCR chez les sujets âgés restent de plus mauvais pronostic que chez les sujets plus jeunes, probablement à cause de traitements plus fréquemment sous-optimaux. Les experts de la Société Internationale d'Oncogériatrie (SIOG) présidée actuellement par Martine Extermann (Tampa, Floride) ont donc effectué une revue exhaustive de la littérature sur le sujet et proposé des recommandations. Voici leurs conclusions synthétiques :

**1/ Le diagnostic et l'évaluation :**

Tout CCR suspecté doit bénéficier d'une coloscopie. Tout CCR confirmé chez le sujet âgé doit avoir une IRM abdomino-pelvienne (surtout si cancer du rectum) et un scanner du thorax. Le scanner thorax-abdomen pour le bilan d'extension est une autre possibilité (si cancer du colon). Une échographie abdominale et un cliché de face du thorax sont le bilan minimal par défaut. La coloscopie constitue l'examen de suivi de référence. Les sujets âgés devraient bénéficier d'une évaluation gériatrique globale en préopératoire.

**2/ Le traitement chirurgical :**

Eviter à tout prix la chirurgie en urgence. Le stent peut être utile chez un patient dénutri dans un contexte d'urgence pour différer la chirurgie de 15 jours et procéder à une renutrition entérale. La chirurgie réglée du CCR des sujets âgés nécessite une vigilance péri-opératoire accrue (risque de complications post-opératoires). Les patients âgés non vulnérables (EGS) doivent bénéficier d'une chirurgie métastatique hépatique à visée curative (gain de survie identique aux sujets de – de 65 ans)

**3/ La radiothérapie :**

La radiothérapie néoadjuvante doit être proposée afin de réduire la taille de la tumeur et donc du geste chirurgical. Soit 5x5 Gy et chirurgie à 3 jours, soit 40-50 Gy et chirurgie différée (4 à 5 semaines). Les sujets âgés doivent bénéficier d'une irradiation minimale du pelvis postérieur par l'usage de la 3D conformationnelle. La radiothérapie néoadjuvante avec chimiosensibilisation est probablement supérieure, mais elle est mal évaluée au-delà de 75 ans et très difficilement tolérée chez le très âgé (>85 ans). La radiothérapie exclusive est une solution pour les patients inopérables. Remarque personnelle : la radiothérapie de contact est une alternative très intéressante pour les sujets âgés ayant un cancer du rectum T1-T2.

**4/ La chimiothérapie adjuvante (stades III):**

Il est proposé une CT par 5FU en infusion, éventuellement avec bolus mais risque d'augmentation de la toxicité hématologique. L'utilisation du FOLFOX est trop peu documentée (avec données contradictoires) au-delà de 75 ans

**5/ La chimiothérapie palliative**

Les sujets âgés bénéficient d'une CT en situation métastatique. 5FU infusion > 5FU bolus, et moins toxique. Les polyCT doivent être considérées comme le traitement de choix, avec ou sans bevacizumab. Adapter les doses de capecitabine en fonction de la créat. Cetuximab et Panitumumab : peu de données chez l'âge, mais à priori aucune raison d'une tolérance et efficacité différente.

En conclusion le panel insiste sur la nécessité impérieuse d'essais thérapeutiques spécifiques pour les âgés et les très âgés. (Commentaires Olivier GUERIN, Nice)

## Info

- **Vieillesse, longévité et assurance maladie**

**Un avis du HCAAM à contre-courant.** 23.04.10 - 17:41 - HOSPIMEDIA |

*Le vieillissement de la population n'est pas la menace dominante pour l'évolution globale des dépenses d'assurance maladie mais il révèle la fragilité fondamentale de l'organisation des soins, notamment son insuffisante transversalité. Voilà en substance l'avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), adopté jeudi 22 avril.*

*Effectivement les personnes âgées, davantage touchées par la maladie, bénéficient plus que proportionnellement à leur nombre de la couverture assurance maladie, souligne l'institution. "Réalité", cette "solidarité fondamentale" n'atteint toutefois pas, "contrairement à certaines idées reçues, des proportions exorbitantes". L'impact des évolutions démographiques n'a certes rien de négligeable mais il ne revêt "pas le caractère d'une déferlante", précise le HCAAM. Il remarque par contre "le décrochement à la hausse de la dépense individuelle moyenne de soins au seuil de ce que l'on peut appeler le grand âge". Anormalement élevée, cette accélération de la dépense ne trouve pas d'explication épidémiologique évidente mais s'explique par des inadaptations structurelles, selon le haut conseil. "La surreprésentation des personnes très âgées aux "lits-portes" des urgences hospitalières est un symptôme qu'il faut écouter", illustre-t-il. C'est donc sur les inadaptations structurelles, origine de coûts, que l'institution propose de faire porter l'effort. Et de suggérer des pistes sur lesquelles travailler, par exemple organiser le soin autour de la personne ou rendre plus efficace la coopération des différentes professions et institutions sanitaires, médico-sociales et sociales. Le HCAAM ajoute que "l'optimisation de la dépense de soins au grand âge ne pourra se faire secteur par secteur. Elle ne pourra même pas se faire dans le seul cadre de la couverture des dépenses de soins." Il faudra, poursuit-il, définir une approche globale de l'offre des secteurs sanitaire et médico-social et trouver les voies d'une gestion harmonisée de l'offre sanitaire et de l'intervention sociale.*

*Le HCAAM poursuivra en 2010 ses travaux au-delà du champ des personnes âgées approfondissant l'étude du reste à charge et du taux d'effort sur les dépenses de santé et la question de la coordination des soins ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux.*

(Information transmise par Geneviève RUAULT, Paris)

## **Courrier des Lecteurs**

*Il y a des années que je connais les ficelles du senior marketing puisque j'avais été conseiller d'une fédération pour ces marchés et que des agences de publicité et autres organismes conseils en marketing. En fait ce marché est en réalité très disparate, peu cohérent, difficile à segmenter sur des critères de seuil d'âge, de style de vie, de statut social et de revenus du foyer disponible pour la consommation, de possession ou non du logement et des revenus du capital /épargne. La notion de senior est un vocable politiquement correct fourre-tout, voire un piège à c...pour les entreprises non circonspectes dans leur offre et dans leur communication.*

*Cela dit il y a une réelle dynamique de consommation de services et produits héritée des habitudes des années fastes et du jeunisme des générations du baby-boom. La détention du capital mobilier et immobilier est majoritairement entre les mains des plus de 50 ans et cela est le résultat logique de leur épargne constituée au fil de leur vie et des héritages tardifs. Le taux d'épargne reste élevé chez les retraités en fonction d'une appréhension légitime de l'avenir. L'aide financière aux générations futures, enfants et petits enfants est importante (environ 10% des revenus).*

*Mais il est hautement préférable de parler de retraités et d'actifs, des différentes phases de vie, de catégories socioculturelles, d'état de santé, de charges de famille. Mais aussi de savoir qu'une grande partie des femmes entrées dans le grand âge sont en dessous du seuil de pauvreté (dernier quartile du Credoc), que le revenu moyen des retraités ne leur permet pas de couvrir les frais d'une entrée dans un Etablissement d'accueil médicalisé.*

*Les foyers «à l'aise» sont essentiellement ceux bénéficiant d'une double retraite à taux plein, et les cadres retraités touchant une retraite complémentaire conséquente, les fonctionnaires et ceux bénéficiant d'un statut spécial avantageux pour leur retraite.*

*Les propos récents de la DGCIS doivent donc être décryptés en fonction d'une grande complexité. La question pour nous reste de savoir qui va payer les services dont les plus fragiles ont besoin, la prospérité actuelle des retraités à taux plein ne pouvant que se dégrader au vu du coût croissant des services et de la santé, de la moindre revalorisation du point des retraites complémentaires, de la montée des charges locatives et des impôts locaux, de la taxation de l'épargne. Les retraités risquent aussi de faire les frais d'une future réforme fiscale déjà amorcée avec la montée de la CGS. Et les futurs retraités sont aussi confrontés à la précarisation de l'emploi qui fragilise leur droits .... Tout n'est donc pas si rose... Ni noir non plus. C'est aux décideurs de faire la couleur...*

*Bien cordialement, (Lettre de Gérard CORNET, Gérontologue, Paris en réaction avec le récent appel à projet du ministère chargé de l'Industrie)*

Bibliographie du 03/05/2010 – Nice : I. Bereder, C. Boussacre, P. Brocker, M. Bruno, J. Camallet, F. Capriz-Rivière, J. Dascotte, J. Dupont, G. Fanfalone, A. Franco, G. Frin, A. Gary, B. Goustard, O. Guérin, JM. Guillard, C. Lefranc, E. Mullin, M. Tan.

De : franco.a@chu-nice.fr [mailto:franco.a@chu-nice.fr]

Envoyé : lundi 10 mai 2010 20:08

Objet : le pbgg arrive

# PETIT BULLETIN du Gériatre et du Gérologue

CHU de Grenoble et de Nice  
CMRR Grenoble Arc Alpin et Nice

16<sup>ème</sup> année n° 16

10 Mai 2010

REUNION BIBLIOGRAPHIQUE HEBDOMADAIRE

Pour l'envoi de vos références et résumés : [franco.a@chu-nice.fr](mailto:franco.a@chu-nice.fr)

## Edito

Franchement mal à l'aise après la lecture de l'info ci-dessous sur Alain Minc. Espérons que ce jour là l'oreille de Nicolas était bouchée. [AF]

## Articles

- **The Journal of Nutrition, Health and Aging 2010; 14/4:**

**Predictive factors of hospitalisations in Alzheimer's disease: a two-year prospective study in 686 patients of the REAL.FR study.** T.Voisin, S.Andrieu, C.Cantet, B.Vellas, (REAL.FR Group)

*Cette étude prospective multicentrique a suivi pendant deux ans à raison d'un bilan tous les 6 mois 686 patients français (PHRC REAL-FR) atteints de maladie d'Alzheimer et a essayé de retrouver les facteurs prédictifs d'hospitalisation chez ces patients. En 2 ans il y a eu 202 patients hospitalisés et un total de 296 hospitalisations, soit une incidence annuelle de 26.13% d'hospitalisations. 75% des admissions sont dues à une comorbidité. Les 3 facteurs prédictifs d'hospitalisation en analyse multivariée sont: une dépendance à l'ADL, la prise d'au moins 4 médicaments, et un score altéré au score NPI. Concernant les hospitalisations dues à la maladie d'Alzheimer elle-même, 3 facteurs prédictifs ont été relevés: la dépendance aux ADL, le fardeau de l'aidant (Echelle de ZARIT), et le score NPI. Les auteurs concluent que les soins de support et les aides aux aidants permettraient de réduire les hospitalisations.*

*L'autre piste pour réduire les hospitalisations serait la formation sur le bon usage des médicaments et les traitements des pathologies associées à la maladie d'Alzheimer. Reste la problématique suivante: à pathologie « décompensée » équivalente, avec les mêmes traitements le patient non atteint de maladie d'Alzheimer aurait-il été hospitalisé ?*

*Toute la difficulté réside dans la situation de handicap liée à cette maladie neuro-dégénérative qui rend l'hospitalisation plus fréquente même si la cause initiale ne semble pas directement liée à la maladie d'Alzheimer. (Commentaire Isabelle BEREDER, Nice)*

- **AUEG 2010; mars :1-4**

**Le dossier médical personnel. Une commande politique complexe.** Dr. Olivier ROUX, Président du Conseil de l'Ordre Départemental des Médecins de l'Isère.

*Le dossier médical, au départ artisanal, permettait aux médecins de garder la trace des événements, examens et risques particuliers des patients qu'ils suivaient. En 1975 le code de déontologie rend le dossier médical obligatoire. En 1996 l'ANDEM, la HAS de l'époque définit le dossier médical comme l'ensemble des documents qui retracent l'histoire des pathologies ou l'ensemble des épisodes ayant affecté la santé du patient. La loi « Kouchner » en 2002 instaure l'obligation légale du dossier médical en pratique libérale, et depuis la majorité des cabinets médicaux bénéficient de l'informatisation. En 2004 naissance du DMP, ou Dossier Médical Partagé à l'initiative du ministre de la santé d'alors, le Pr Philippe DOUSTE-BLAZY avec comme objectifs, la coordination, la communication, la diminution des risques iatrogènes, et un support fédérateur autour du patient. Enthousiasme dans le business de l'informatique industrielle. Mais les nuages s'accumulent et les*

difficultés éthiques, administratives et sociologiques professionnelles, embourbent le DMP en 2006. En 2009 Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN tente de sauver le DMP et le réserve à un profil de volontaires dont les caractéristiques sont les suivantes : - moins de 16 ans ; - maladies chroniques impliquant de nombreux professionnels ; - volontaires et intéressés ; - possédant la clé d'accès à leur dossier réservés aux professionnels soumis au secret médical. On en est là et un peu plus loin. La Région Rhône Alpes expérimente le projet SIS-RA sur l'initiative de Ph CASTETS un dossier « tronc commun » d'interfaçage prenant le parti du réalisme et acceptant l'ensemble ou presque des dossiers existants. En termes de coût, c'est sensible. C'est donc le moment de repartir notamment avec une nouvelle agence du ministère de la santé, l'ASIP. Et Olivier ROUX de rappeler que les anglais ont échoué sur le DMP après plus de 10 ans avec un investissement de 250 € par habitant, et que nous allons y arriver en cinq ans avec 19 € par habitant. On savait bien que si nous n'avions pas de pétrole... Arrêtons de carabiner. Car j'avoue franchement que le dossier personnel gratuit Google-Health pourrait ouvrir la voie du web 2.0 au dossier médical patient (partagé ?) dans un espace politico-économique vraiment différent, comme si le citoyen autonome nous faisait un clin d'œil, à nous les pauvres professionnels sensés s'occuper de ses intérêts, et en nous glissant qu'il va bien devoir s'occuper lui-même de ses affaires, c'est-à-dire de son patrimoine santé. (Commentaires Alain FRANCO, Nice)

## CMRR Grenoble et Arc Alpin

### ESPACE ETHIQUE ALZHEIMER

Réunion n° 68 du 20 avril 2010

- Présentation de Sophie Manson, référente MAIA (Maison pour l'intégration et l'autonomie des personnes Malades d'Alzheimer, Conseil Général) :

*Mme S., âgée de 90 ans, présente des troubles cognitifs évidents mais non diagnostiqués par un spécialiste. Actuellement elle vit chez elle avec son mari, lui-même âgé de 95 ans et une de leur fille, désignée comme l'aidante principale. Leurs quatre autres enfants les entourent beaucoup. Actuellement la fille aidante principale est épuisée et est partie soudainement à l'étranger pour un mois. Le couple âgé serait en perte d'autonomie depuis une dizaine d'années.*

*C'est dans ce contexte que le reste de la fratrie, qui a pris le relais pendant son absence, a sollicité l'assistante sociale de secteur pour mettre en place l'APA et monter un plan d'aide. Cependant, les enfants ont rejeté celui-ci, le trouvant trop onéreux comparativement à l'aide financière accordée et n'ont pas les moyens suffisants pour le réaliser.*

*C'est lors du rejet du plan d'aide que l'AS de secteur a sollicité la référente MAIA. En effets, les professionnels du terrain sont perplexes devant les raisons financières invoquées et ne sont pas du même avis.*

*Mme S. exprime clairement le besoin de sortir et la difficulté qu'elle a de recevoir l'aide de ses propres enfants.*

- Réflexions du groupe

*La situation financière peut paraître complexe à comprendre mais le couple a certainement un train de vie lié à leurs revenus, qui ne permettent pas actuellement des dépenses aussi importantes. Il est nécessaire de voir la situation du point de vue de la famille et du couple âgé ; d'éviter des jugements trop hâtifs sur les questions financières, qui restent très personnelles et subjectives.*

*Dans cette situation le couple ne peut pas prendre de décision et l'interlocutrice principale est absente en ce moment. Il serait souhaitable de réunir les enfants en conseil de famille afin de trouver un consensus, peut-être même de prioriser les aides ou de les fractionner. Deux refus officiels de plan d'aide d'APA font sortir les personnes du dispositif, il est donc nécessaire de parvenir à un consensus.*

*La fratrie commence à réaliser l'importance du coût de la dépendance. Celui-ci serait encore plus important si le couple était en maison de retraite. Il est nécessaire de laisser la fratrie cheminer dans la prise de consciences des réalités de la dépendance de leurs parents, dans leurs décisions et ne pas se précipiter permet de conserver une cohésion familiale.*

*Une mesure de protection juridique du couple ne semble pas être une solution, elle pourrait entraîner un risque de déstructuration de la cellule familiale.*

*Dans cette situation il existe un écart entre le besoin de la personne, son bien être et la vision que l'on peut avoir de celui-ci (le point de vue des enfants par exemple). L'objectif est de réduire cet écart par l'échange et la discussion.*

Compte Rendu : M. Molines ( [MMolines@chugrenoble.fr](mailto:MMolines@chugrenoble.fr) )

## Opinion

- infolettre 112 - [lamaisondelautonomie.com](http://lamaisondelautonomie.com)

## **Alain Minc émet des propositions sur France Info pour financer les dépenses médicales des personnes âgées.** (Publié le 8 mai 2010)

*Alain Minc conseiller politique et économique, essayiste et dirigeant d'entreprise, conseille notamment Nicolas SARKOZY sur certains dossiers, il était l'invité cette semaine de Parlons net ! , le club de la presse en ligne de France Info. A cette occasion, Alain Minc pose le débat du financement des dépenses médicales des personnes très âgées et donc celui du 5ème risque. A propos de « l'effet du vieillissement sur la hausse des dépenses d'assurance maladie et la manière dont on va le financer » Alain Minc revient sur son cas personnel.*

*« J'ai un père qui a 102 ans, il a été hospitalisé 15 jours en service de pointe, il en est sorti. La collectivité française a dépensé 100 000 Euros pour un homme de 102 ans, c'est un luxe immense, extraordinaire, pour lui donner quelques mois ou je l'espère quelques années de vie. Je trouve aberrant que quand le bénéficiaire a un patrimoine ou quand ses ayants-droit ont des moyens, que l'Etat m'ait fait ce cadeau à l'oeil, et donc je pense qu'il va falloir s'interroger sur le fait de savoir comment on récupère les dépenses médicales sur les très vieux, en ne mettant à contribution ou leur patrimoine quand ils en ont un, ou le patrimoine de leurs ayants droit. »  
A vous de juger, Chers lecteurs du PBGG...[AF]*

## **Infos**

- **Bourse de Recherche Clinique Mutualiste 2010: Recherche clinique et maladies chroniques**

L'objectif de cette bourse est de soutenir un projet de recherche clinique porté par un service de soins et d'accompagnement mutualiste. Les dossiers sont à demander à: [www.fondationdelavenir.org](http://www.fondationdelavenir.org) et devront être retournés avant le 30/6/2010 à: [kkaci@fondationdelavenir.org](mailto:kkaci@fondationdelavenir.org) et en copie à: [drc@chu-nice.fr](mailto:drc@chu-nice.fr)

- **IAGG Newsletter - Vol.19 N° 2 - April 2010**

Dear Colleague, We are delighted to share our second IAGG Newsletter with you and hope that you will enjoy reading the latest news about our organization. To download our latest newsletter, please [click here](#) The Newsletter will also be accessible on our website at: <http://www.iagg.info/iagg-publications> and please do not hesitate to distribute it around you, amongst members, working teams, other colleagues or any persons interested in our action.

**Bibliographie du 10/05/2010 – Nice : I. Bereder, R. Boulahssass, C. Boussacre, P. Brocker, M. Bruno, J. Camallet, F. Capriz-Rivière, AL. Couderc, J. Dascotte, G. Fanfalone, V. Fasille, A. Franco, G. Frin, B. Goustard, JM. Guillard, L. Kuffler, M. Tan, JM. Tunin.**