

LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#19

NOVEMBRE 2018 - NUMÉRO GRATUIT

ACTUALITÉS SUR
LA CHUTE EN 2018 :

la peur de chuter



Association des Jeunes Gériatres

www.assojeunesgeriatres.fr



LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#19

COMPOSITION DU BUREAU

2018 - 2019

PRÉSIDENT

Guillaume DUCHER

VICE-PRÉSIDENT

DUVAL Guillaume

SECRÉTAIRE

Cyprien ARLAUD

TRÉSORIÈRE

Nathalie JOMARD

PORTE-PAROLE

Arnaud CAUPENNE

RÉDACTRICE EN CHEF DE LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

Sophie SAMSO

RESPONSABLE SCIENTIFIQUE

Cyrielle RAMBAUD-COLLET

AUTRES MEMBRES DU BUREAU

Matthieu PICCOLI, Fanny DURIG



ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES
www.assojeunesgeriatres.fr

SOMMAIRE

3 EDITORIAL

4 ARTICLE THÉMATIQUE

Actualités sur la chute en 2018

8 ÉTHIQUE ET GÉRIATRIE

Gériatrie et Gérontologie : la réflexion éthique comme partenaire des pratiques

12 FICHE PRATIQUE

Comment organiser l'ablation d'une sonde vésicale après une rétention aiguë d'urine chez la personne âgée ?

15 CASE REPORT

Le syndrome de la dent couronnée chez la personne âgée : savoir l'évoquer devant un tableau de méningite

17 SIMULATION MÉDICALE AUTOUR DE LA PERSONNE ÂGÉE

20 EUR'HOPE : LET THE PATIENT IN

Programme Hope, échanges autour de notre exercice de la médecine en Europe

24 RETOUR DES CONGRÈS

Les 8^{èmes} journées des équipes mobiles de gériatrie

26 ACTU AJG

28 ANNONCES DE RECRUTEMENT

N° ISSN : 2264-8607

EDITEUR ET RÉGIE PUBLICITAIRE

Réseau Pro Santé – M. Kamel TABTAB, Directeur
6, avenue de Choisy | 75013 Paris.

Tél. : 01 53 09 90 05 - E-mail : contact@reseauprosante.fr
www.reseauprosante.fr

Imprimé à 1300 exemplaires. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

EDITORIAL

Chères lectrices, chers lecteurs,

C'est comme à chaque fois avec beaucoup de plaisir que j'ouvre ce 19^{ème} numéro de la Gazette des Jeunes Gériatres. Il s'agira de mon dernier en temps que président de cette belle association, l'heure étant maintenant venue que je passe la main. En 3 ans, beaucoup de travail a été accompli grâce à des bureaux forts et investis, avec principalement un travail de relance, l'association ne bénéficiant pas de la lisibilité qu'elle méritait. Depuis, les statuts ont été entièrement retravaillés, le compte en banque rouvert, des partenariats multiples ont été signés et la communication a été pleinement relancée nous rendant visible et donc audible. Ce travail effectué, les missions pour le bureau à venir s'annoncent importantes, pilotées par nos objectifs : réunir l'ensemble des jeunes gériatres (internes et médecins thésés de moins de 40 ans), promouvoir toute action éducative et/ou informative ainsi que toute recherche scientifique dans le domaine de la gériatrie et promouvoir la place des jeunes gériatres au sein du paysage gériatrique français, notamment en veillant à une formation de qualité des étudiants en médecine et des internes. Je leur souhaite bonne chance et de prendre tout autant de plaisir que j'en ai eu, dans ce travail.

Ce numéro spécial Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (JASFGG) est particulièrement riche. Tour à tour vous découvrirez l'importance de considérer la peur de chuter dans vos bilans de chute, une synthèse avec regard gériatrique des considérations éthiques abordées récemment par le Comité Consultatif National d'Ethique, ainsi qu'une fiche pratique sur le retrait de sonde vésicale suite à une rétention aiguë d'urines.

Ensuite, la gazette publie un case report écrit par les internes du DES de Gériatrie du CHU d'Amiens : savoir évoquer un syndrome de la dent couronnée devant un tableau de méningite. Nous les remercions chaleureusement pour leur investissement et ce bel écrit.

Pour terminer, vous découvrirez un article passionnant sur la simulation en santé médicale autour de la personne âgée, sur le programme d'échange Européen Hope et un retour des 8^{èmes} journées des équipes mobiles de gériatrie qui ont eu lieu à Amiens en juin.

Les actualités de l'association viennent clore cette édition.

Bonne lecture et surtout bon congrès.

Guillaume DUCHER



ACTUALITÉ SUR LA CHUTE EN 2018 : LA PEUR DE CHUTER

Chut ! ... : La chute, faut-il encore en parler ?

- D'un point de vue scientifique : évidemment oui :
 - Pubmed avec les mots MeSH « Falls & Elderly » or « Falls & Aged », sans limite de date, retrouve un total de 25 910 articles.
 - Du 01/01/2017 au 01/04/2018 : 1 883 articles.
 - Sur les 6 derniers mois 589 articles.
 - Selon les recommandations de l'OMS en 2018 : « priorité élevée aux travaux de recherche sur les chutes ».
- D'un point de vue clinique, il faut également parler de la chute. Chez les plus de 65 ans, dans le monde (selon les données OMS 2018 et de l'INSEE) :
 - La chute est la 1^{ère} cause de décès accidentel ou par traumatisme involontaire.
 - 646 000 décès par an dans les suites d'une chute, essentiellement chez les plus de 65 ans.

- 37,3 millions de chutes nécessitent des soins médicaux.
- La gravité de la chute augmente avec l'âge.
- Pour rappel, la Loi de santé publique de 2004 avait pour objectif, chez les plus de 65 ans, de réduire de 25 % le nombre de chuteurs.

Tout d'abord, bonne nouvelle : prendre en charge les personnes âgées faisant des chutes par une évaluation des risques de chute et en leur proposant des exercices physiques permet de diminuer le risque et le nombre de chute. Mais la prise en charge apportant le plus de résultats sur le risque de chute correspond à une prise en charge multidisciplinaire de ces patients (1). La définition proposée d'une prise en charge multidisciplinaire correspond à trois interventions ou plus, comme la combinaison d'une éducation du patient et de l'entourage, une évaluation des risques liés à la chute, et des exercices de rééducation.

Ce type de prise en charge permet de réduire de 36 % le nombre de chute et de diminuer le nombre de chutes traumatiques.

Que nous dit la littérature sur la chute dans les 6 derniers mois ? (revue non exhaustive).

Une thématique ressort particulièrement : **la peur de chuter**.

En regardant de plus près la littérature actuelle sur les chutes, on constate que la peur de chuter entraîne un engouement certain.

La raison en est que la peur de chuter semble être un bon prédicteur de la survenue de nouvelles chutes au cours du suivi des patients âgés. Cette peur de chuter est associée à différentes covariables qui sont le sexe féminin, les comorbidités, les symptômes dépressifs et le handicap.

La peur de tomber est en soi un authentique facteur de risque de chute (2).

Une autre étude reprend ces notions en montrant que la peur de

chuter possède une prévalence chez l'homme de 26,9 % et chez la femme de 43,3 %. La peur de chuter était associée ici à l'âge élevé, à un Five Times Sit-to-Stand test pathologique, aux antécédents de chute dans l'année, aux douleurs et à la présence de comorbidités (3).

Si le questionnement de votre patient sur sa peur de chuter, ou sur la confiance qu'il a en son équilibre, ne fait pas partie de votre interrogatoire habituel, ces données devraient vous y inciter.

Certaines références parlent de « peur de chuter », d'autres de « confiance en son équilibre », cette deuxième proposition pouvant être considérée comme plus valorisante et permettre d'entrevoir dès le début de l'interrogatoire une possibilité d'amélioration.

L'interrogatoire du patient permettant de savoir si le patient se sent confiant lors de la marche, n'est qu'une première étape. Il semblerait qu'un bilan étiologique, en plus du bilan de chute habituel, puisse être proposé.

Tout d'abord, une **plainte douloureuse** doit être systématiquement recherchée puisque celle-ci est associée à la présence de la peur de chuter et ce d'autant plus si le patient a un âge plus élevé (4).

L'étude du champ visuel doit également être réalisé dans ce contexte. En effet, certaines études ont mis en évidence qu'une atteinte du champ visuel périphérique inférieur serait liée au développement d'une peur de chuter (5). De manière assez caricaturale, le patient qui présente une peur de chuter marche fréquemment en regardant le sol ne lui permettant donc pas d'anticiper les éventuels obstacles présents sur son parcours de marche. En se rassurant par un regard tourné vers le sol,

le patient augmente paradoxalement son risque de chute.

Par ailleurs, de manière assez logique, la **sévérité de la sarcopénie** est inversement associée aux capacités d'équilibre et est associée à un plus grand risque de chute, une plus faible masse musculaire, une vitesse de marche plus lente et enfin à la peur de chuter (6).

L'association de la peur de chuter avec le handicap a été précisée par une étude longitudinale canadienne. En effet, la peur de chuter est associée à une augmentation à 2 ans des incapacités fonctionnelles de 4 % et à une altération des performances physiques globales de 3 % (7).

La peur de tomber est également associée à **l'imagerie motrice** qui correspond à la simulation interne de l'action. Ainsi, les capacités d'imagerie motrice sont significativement plus faibles chez les personnes âgées avec une peur de chuter par rapport à celles ayant

confiance en leurs capacités à la marche. Ces capacités diminuées d'imagerie motrice entraînent un déficit dans le contrôle cérébral de la marche et une augmentation du risque de chute (8).

Une fois ce premier bilan (non exhaustif dans ce rapport) réalisé, il convient de proposer une prise en charge spécifique de la peur de chuter. Des exercices centrés sur l'équilibre 2 heures par semaine pendant 8 semaines semblent permettre de réduire le comportement d'évitement de la marche et de réduire la peur de chuter (9). Une étude contrôlée randomisée, chez des patients parkinsoniens avec une peur de chuter, a comparé une prise en charge comportant des exercices en résistance associés à un entraînement en condition d'instabilité à raison de 2 fois par semaine, avec des exercices avec résistance seuls et à un autre groupe sans aucun exercice (10). L'entraînement associant des exercices en résistance



associés à un entraînement encadré en condition d'instabilité permettait d'améliorer l'efficience cognitive globale, les capacités d'équilibre et diminuait la peur de chuter comparativement aux autres groupes.

Enfin, la littérature montre qu'une rééducation visuelle en incitant le patient à regarder devant lui pour pré-visualiser son itinéraire avant et pendant la marche permettait d'améliorer la confiance en soi et réduire le risque de chute (10).

Ces données de la littérature doivent vous faire reconstruire la peur de chuter non pas comme la simple conséquence d'une éventuelle chute antérieure mais plutôt comme une authentique entité clinique nécessitant un bilan clinique et une prise en charge spécifique.

Cette revue des articles scientifiques sur la chute des 6 derniers mois n'est évidemment pas exhaustive mais montre l'intérêt grandissant de la communauté

gériatrique pour cette problématique. Ce document a pour but de vous sensibiliser à cette thématique et vous donner quelques pistes de base vous permettant d'accompagner vos patients ayant perdu confiance en leurs capacités de marche et d'équilibre.

Guillaume DUVAL

1. Cheng P, Tan L, Ning P, Li L, Gao Y, Wu Y, Schwebel DC, Chu H, Yin H, Hu G. Comparative Effectiveness of Published Interventions for Elderly Fall Prevention: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;12:15.
2. Lavedán A, Viladrosa M, Jürschik P, Botigué T, Nuín C, Masot O, Lavedán R. Fear of falling in community-dwelling older adults: A cause of falls, a consequence, or both? *PLoS One.* 2018;29:13.
3. Tomita Y, Arima K, Tsujimoto R, Kawashiri SY, Nishimura T, Mizukami S, Okabe T, Tanaka N, Honda Y, Izutsu K, Yamamoto N, Ohmachi I, Kanagae M, Abe Y, Aoyagi K. Prevalence of fear of falling and associated factors among Japanese community-dwelling older adults. *Medicine (Baltimore).* 2018;97.
4. Kakihana H, Koeda M, Kasahara M, Yamashita T. Effect of pain on fear of falling in patients with femoral proximal fracture. *J Phys Ther Sci.* 2017;29.
5. Adachi S, Yuki K, Awano-Tanabe S, Ono T, Shiba D, Murata H, Asaoka R, Tsubota K. Factors associated with developing a fear of falling in subjects with primary open-angle glaucoma. *BMC Ophthalmol.* 2018;18:39.
6. Gadelha AB, Neri SGR, Oliveira RJ, Bottaro M, David AC, Vainshelboim B, Lima RM. Severity of sarcopenia is associated with postural balance and risk of falls in community-dwelling older women. *Exp Aging Res.* 2018;44:258-269.
7. Auais M, French S, Alvarado B, Pirkle C, Belanger E, Guralnik J. Fear of falling predicts incidence of functional disability two years later: A perspective from an international cohort study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2017.
8. Grenier S, Richard-Devantoy S, Nadeau A, Payette MC, Benyebdri F, Duhaime MB, Gunther B, Beauchet O. The association between fear of falling and motor imagery abilities in older community-dwelling individuals. *Maturitas.* 2018;110:18-20.
9. Sartor-Glittenberg C, Bordenave E, Bay C, Bordenave L, Alexander JL. Effect of a Matter of Balance programme on avoidance behaviour due to fear of falling in older adults. *Psychogeriatrics.* 2018;18:224-230.
10. Silva-Batista C, Corcos DM, Kanegusuku H, Piemonte MEP, Gobbi LTB, de Lima-Pardini AC, de Mello MT, Forjaz CLM, Ugrinowitsch C. Balance and fear of falling in subjects with Parkinson's disease is improved after exercises with motor complexity. *Gait Posture.* 2018;61:90-97.



ème

7

Monaco Age Oncologie

Cours Francophone d'Oncogériatrie

Hôtel Méridien Beach Plaza Monaco



THÉMATIQUES PRINCIPALES

- PRÉ-HABILITATION / RÉHABILITATION
- ACCÈS DES PERSONNES ÂGÉES AUX INNOVATIONS THÉRAPEUTIQUES
- CONTROVERSE : DOIT-ON TRAITER LES CANCERS DES SUJETS TRÈS ÂGÉS ?
- CANCERS D'ORGANES
- SESSIONS DES INTERNES
- RÉFÉRENTIELS DE BON USAGE EN PHARMACOLOGIE



COMITÉS

Comité Organisateur

G. Freyer, Président (Lyon)
R. Boulahssass (Nice)
E. Carola (Senlis)
G. Garnier (Monaco)
O. Guérin (Nice)
X. Pivot (Strasbourg)

Comité Scientifique

M. Aapro (Genolier - Suisse)
E. Brain (Saint-Cloud)
C. Falandry (Lyon)
S. Limat (Besançon)
J.P. Lotz (Paris)
C. Ortholan (Monaco)
E. Paillaud (Paris)
A. Pesce (Monaco)
F. Peyrade (Nice)
Y. Pointreau (Le Mans)
P. Rampal (Monaco)
H. Roché (Toulouse)
P. Soubeyran (Bordeaux)
V. Tual (Paris)



Date limite pour les candidatures au Prix Michel HERY

10 décembre 2018

Fin des early registrations **17 décembre 2018**

En collaboration avec :



Avec le soutien organisateur de :



Sous l'égide de :



INSCRIPTIONS ET INFORMATIONS

Secrétariat Scientifique et Organisateur :

PUBLI CREATIONS - 74 bd d'Italie, 98000 Monaco - Tél. : +377 97 97 35 55 - Fax : +377 97 97 35 50
E-mail : mao@publiccreations.com



SOUS LE HAUT PATRONAGE DE S.A.S. LE PRINCE ALBERT II DE MONACO

WWW.MAO-MONACO.ORG



GÉRIATRIE ET GÉRONTOLOGIE : LA RÉFLEXION ÉTHIQUE COMME PARTENAIRE DES PRATIQUES

La question de l'éthique médicale a fait une rentrée médiatisée avec la publication de l'avis n°129 du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE)¹, suivie, quinze jours après, par le lancement par le Ministère de la Santé d'une consultation citoyenne intitulée « Comment mieux prendre soin de nos ainés ? » (ouverte à tout.e citoyen.ne jusqu'au 1^{er} décembre²).

Nous allons donc traiter rapidement de quelques questionnements éthiques qui peuvent être rencontrés dans nos pratiques.

Morale, déontologie, éthique ?

La couverture médiatique de cet avis (du fait de la temporalité médiatique et de son caractère émotionnel) ne rendait sans doute pas assez compte ni de la complexité ni de la totalité des sujets traités et pouvait avoir tendance à confondre morale, éthique médicale et déontologie.

La morale fait généralement appel à la spiritualité et distingue par le truchement « d'entités supérieures », ce qui est « bien » de ce qui est « mal ». Elle se réfère à des lois considérées sacrées.

La déontologie, c'est-à-dire l'ensemble réglementaire encadrant des pratiques, vient donc faire la différence entre ce qui est « autorisé » et ce qui « interdit », à l'issue d'un débat parlementaire qui cherche à donner des limites à un cas « général ».

En dernier lieu, l'éthique, vient poser la question des « limites », dans le cas particulier, notamment lorsque des conflits de valeurs peuvent exister : c'est une forme de recherche du moindre mal, lorsqu'une situation de « bien » n'existe pas. C'est une forme de régulation (individuelle ou professionnelle) de la pratique, en amont de cette dernière.

Le CCNE, dans ce dernier avis, éclaire bien cette différence entre éthique médicale et déontologie : « les questions éthiques ne seront jamais résolues par la loi, mais (...) la loi est un cadre nécessaire pour la cohésion et la solidarité entre les individus dans une société, face à des questions nécessairement déchirantes » : on comprend ainsi que c'est aux professionnelles de résoudre les questions éthiques que la loi ne peut (et ne saurait pas) résoudre.

Au début étaient Hippocrate et les principes

Si Hippocrate est considéré comme le père de la médecine moderne, c'est d'une part parce qu'il édicte des principes rationnels d'une médecine qui abandonne la magie pour la raison et l'observation (ce que décrira Aristote plus tard), mais aussi parce qu'il met en avant « l'intérêt du malade », par l'intermédiaire de principes, dont le plus connu est celui de d'abord ne pas nuire (principe de non malfaissance), duquel découle, par exemple, le secret médical.

D'autres principes ont été édictés par Hippocrate, repris et développés plus tard : celui de bienfaisance, que Maïmonide traduit, dans sa prière, par « le noble devoir de faire le bien ».

1. Comité Consultatif National d'Ethique, Avis n°129, Contribution à la révision de la loi de Bioéthique, sept 2018 (en ligne : http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/avis_129_vf.pdf).

2. <https://www.grande-consultation-aines.make.org/>

Le principe d'équité, de proportionnalité ou de justice, vise à garantir des droits à tous, à protéger les plus vulnérables et à faire en sorte que chacun.e reçoive selon ses besoins.

Enfin, et non des moindres, le principe d'autonomie, qui s'est affiné, depuis la loi du 4 mars 2002 jusqu'à la loi du 2 février 2016, par le respect scrupuleux de la volonté du patient, y compris si ses refus réitérés peuvent conduire à son décès.

Il est certain que ce principe peut vite faire émerger des conflits de valeurs, dans nos pratiques, lorsque les patients peuvent être rendus inaptes à consentir du fait de troubles cognitifs, par exemple.

Mais, si des outils existent pour nous aider dans la réflexion, comme la grille de questionnement éthique³, les directives anticipées⁴ ou les recommandations sur le recours à la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMD)⁵, ces derniers ne sauraient remplacer une réflexion éthique de terrain des professionnel.le.s auprès de la personne, autant que les échelles et scores utilisés dans l'évaluation gériatrique standardisée ne sauraient venir remplacer l'évaluation clinique du gériatre.

Des conflits de valeurs modernes ?

On retrouve dans cet avis n°129 du CCNE quelques éléments de réflexion témoignant de la richesse de nos pratiques gériatriques et gérontologiques, bien qu'il ne s'agissait pas des thématiques principales abordées dans cet avis.

Citons les exemples pris, dans le chapitre consacré à la Santé Numérique, par le CCNE pour illustrer les conflits de valeurs que nous devons résoudre : d'un côté, l'efficacité que confère l'utilisation des mails ou du « cloud » dans le partage et l'échange de données dans l'intérêt des patient.e.s, pour permettre un diagnostic et une prise en charge plus rapides et de l'autre, la nécessaire protection de ces données couverte par le secret médical. Ou par exemple, le recours à l'intelligence artificielle pour obtenir une aide diagnostique ou thérapeutique et permettre au médecin, de prendre une décision finale, sans nécessairement être au fait de l'algorithme suivi par

l'outil pour aboutir à cette proposition et sans que cet algorithme ou cet outil, n'ait une véritable responsabilité vis-à-vis de cette décision et de la confiance que d'un côté le médecin et de l'autre les patient.e.s peuvent mettre dans cette dernière.

La première responsabilité éthique est, certes, la compétence clinique, mais pour que les patient.e.s la reconnaissent, il faut encore que l'information leur soit partagée dans un langage compréhensible et qu'un accompagnement puisse leur être proposé dans ce « nouveau » parcours de soins : leur consentement à l'utilisation de ces outils est donc indispensable.



3. Renée Sebag Lanoë, grille de questionnement éthique, «Soigner le grand âge», Desclée de Brouwer, Paris, 1992.

4. Haute Autorité de Santé, Les directives anticipées, document destiné aux professionnels de santé et du secteur médico-social et social, Paris, 2016 (en ligne : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf).

5. Haute Autorité de Santé, Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ?, guide du parcours de soins, Paris, 2018 (en ligne : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/app_164_guide_pds_sedation_web.pdf).

Des enjeux éthiques spécifiques au vieillissement ?

Sur l'accompagnement et la fin de vie, le CCNE fait le rappel des différents avis remis par le passé. Il insiste sur les avancées réglementaires de 2016 et prend de la distance par rapport à l'émotion suscitée dans le débat public, par des cas médiatiques. Le CCNE réaffirme en effet l'interdiction de l'obstination déraisonnable (qui revient à refuser que la mort est un processus naturel et inéluctable) comme de l'euthanasie (qui reviendrait à considérer que certaines personnes vulnérables auraient une vie indigne d'être vécue), en insistant sur l'autonomie des patients (et les mesures pour la renforcer, comme par exemple, la procédure collégiale visant à aboutir tant à une Limitation ou Arrêt de Traitements (LAT), à la SPCMD ou à la discussion de la validité des directives anticipées) et en affirmant les principes des soins palliatifs (non abandon, proportionnalité des traitements,

« double effet et non intentionnalité du décès »). Cette collégialité procède de l'éthique de la discussion : par l'interdisciplinarité, l'échange, la richesse de la différence de regard de l'autre, aboutissant à une « transformation réciproque des savoirs dans un esprit collaboratif »⁶.

Nous listerons quelques autres points abordés dans l'avis, comme le transhumanisme, qui interroge la notion de prévention du vieillissement pathologique ou celui de la démocratie sanitaire, qui replace la médecine comme une pratique sociétale, avec un dialogue respectueux entre les attentes de la société, et les possibilités (matérielles ou éthiques) des professionnel.le.s.

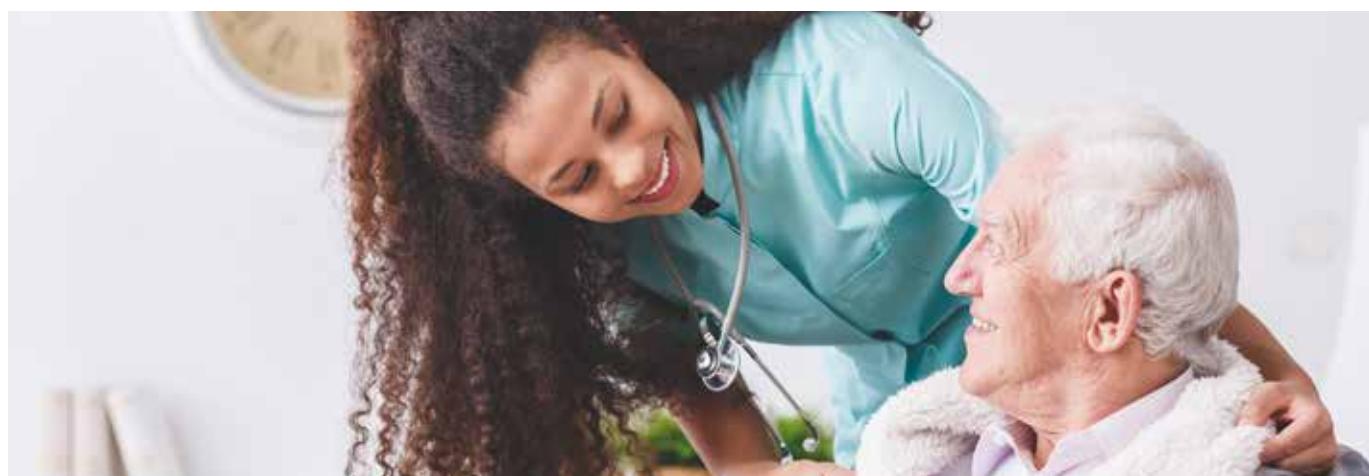
Néanmoins, l'avis n°128 du même CCNE, bien qu'il ait fait moins de bruit médiatique, est passionnant à lire et pas uniquement pour qui exerce dans le milieu du grand âge⁷.

Cet avis, renvoie aux sentiments d'indignité que peuvent ressentir nos aîné.e.s : « La situation la plus

indigne serait celle qui consisterait à considérer autrui comme indigne au motif qu'il est malade, différent, seul, non actif, coûteux, ... ».

De même, on y retrouve l'illustration du conflit de valeurs entre l'enfermement que peuvent subir certaines personnes en institution, pour assurer leur sécurité (physique, psychique, sociale), dans un lieu qu'elles n'ont pas choisi et qu'elles payent (cher).

Cet avis d'une soixantaine de pages, est un plaidoyer pour la bienveillance envers celles et ceux qui sont plus âgés que nous, « qui ont fait de nous ce que nous sommes » et dont nous avons la responsabilité, puisqu'ils « sont aussi notre mémoire vivante » : en reconnaissant leur vulnérabilité et en les accompagnant, en s'ouvrant à une relation à ces personnes, nous reconnaissons notre propre vulnérabilité. C'est un des fondements de la théorie de l'éthique de la sollicitude (connue dans le monde anglo-saxon comme l'éthique du Care).



6. Jürgen Habermas, de l'Ethique de la discussion, Cerf, Paris, 1992.

7. Comité Consultatif National d'Ethique, Avis n°128, Enjeux éthiques du vieillissement, mai 2018 (en ligne : http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/ccne_avis_128.pdf).

Conclusion

Dans la droite ligne de la loi d'adaptation de la société au vieillissement⁸, on peut retrouver dans ces 2 avis du CCNE une description claire des enjeux à venir et des questions pour notre pratique gériatrique auxquelles nous devrons répondre, dans le contexte démographique qui est le nôtre : c'est une forme de retour aux sources mêmes de l'éthique, que l'on peut voir comme Albert Schweitzer étant « la reconnaissance de notre responsabilité envers tout ce qui vit ».

La richesse de nos pratiques est qu'elle tiennent compte de l'éthique « principiste » (ou hippocratique), de l'éthique de la discussion, de l'éthique de la responsabilité et de l'éthique du Care : en prenant en compte les volontés des patients et de la société, en donnant aux professionnels les moyens et gardes-fou pour les réaliser, nous pourrons donner un véritable sens à la démocratie sanitaire et arriver à la visée éthique de Paul Ricoeur : « *une vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes* »⁹.

Dr Matthieu PICCOLI
Gériatre
Hôpital Broca (AP-HP)

Liens d'intérêts : L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt industriel.

i

Quelques préconisations de l'avis N°128 : Enjeux éthiques du vieillissement

- Permettre aux personnes de pouvoir exercer leurs droits : les aidants et professionnels en sont les garants. Ne pas employer des termes discriminatoires (âgé, dément, ...).
- Inclure les personnes âgées dépendantes, comme public et participantes, d'actions culturelles (moyen d'action sur le déterminisme culturel, permettant de faire changer le regard posé sur le vieillissement).
- Travailler en équipe pour pouvoir mieux décider dans des situations complexes marquées par l'incertitude (nécessitant une formation des acteurs et en pensant de nouveaux métiers).
- Repenser le financement du secteur sanitaire hors du champ de la Tarification à l'Activité (l'Activité ne se résumant pas à l'acte technique).
- Créer, au sein de la Sécurité Sociale, une 5^{ème} branche, couvrant le risque de dépendance.
- Reconnaître la place du proche « aidant » et instituer un droit universel au répit.
- Créer des dynamiques intergénérationnelles pour lutter contre l'isolement, l'exclusion et la concentration des personnes âgées entre elles.
- Réfléchir à la révolution numérique, la domotique et la robotique solidaires, permettant à la fois d'adapter le logement des personnes âgées et de favoriser des alternatives à l'EHPAD.

8. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (NOR:AFSX1404296L).

9. Paul Ricoeur, Soi-même comme un autre, Seuil, 1990.

COMMENT ORGANISER L'ABLATION D'UNE SONDE VÉSICALE APRÈS UNE RÉTENTION AIGUË D'URINE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE ?

La rétention aiguë d'urine (RAU) est une pathologie fréquente de la personne âgée. Dans la population générale, entre 12 et 16 % des patients vont être porteurs d'une sonde vésicale à demeure (SVD) lors d'une hospitalisation en soins aigus (1-2). Entre 5 à 10 % des patients âgés résidants en EHPAD sont porteurs d'une SVD de manière chronique (3-4).

La SVD a de nombreuses conséquences, chez la personne âgée, avec notamment un risque de complications infectieuses mais également un impact sur la qualité de vie et un risque de perte d'autonomie (5-6). Il est estimé que 10 % des hommes entre 70 et 80 ans, et près d'un tiers des hommes de plus de 80 ans, vont présenter un épisode de rétention aiguë d'urine dans les 5 ans (7). Il a également été démontré que, chez les hommes de plus de 75 ans, le risque de mortalité était augmenté de 12,5 % l'année suivant la RAU (8).

La principale cause de RAU chez l'homme est l'hypertrophie bénigne de prostate mais les causes de dysurie et de RAU sont nombreuses chez la personne âgée. La miction est un équilibre entre les forces d'expulsion de la contraction vésicale et la résistance urétrale.

La dysurie peut être secondaire à des **mécanismes qui diminuent la contraction vésicale** :

- Vessie neurologique (Parkinson, troubles neurocognitifs).
- Altération du muscle de la vessie (âge, diabète, iatrogénie).

Elle peut également être secondaire à un **obstacle à l'évacuation** :

- Adénome de prostate / Cancer de prostate.
- Rétrécissement du col de la vessie ou de l'urètre.
- Prolapsus génital / Tumeur pelvienne.
- Impaction fécale (=fécalome).

Chez la personne âgée, les causes peuvent parfois être complexes et mixtes, rendant le diagnostic étiologique plus difficile.

Comment organiser un désondage après un épisode de RAU ?

Premier essai de désondage à 48h-72h après l'épisode de RAU

L'ablation de la sonde aura lieu, préférentiellement, le matin au levé. Le premier essai sera réalisé après imprégnation par alpha bloquant chez l'homme. Les alphas bloquants ont pour principal effet secondaire un risque d'hypotension orthostatique et donc de chute chez la personne âgée. Leur efficacité, dans la prise en charge de la RAU, chez la femme,

n'a pas été démontré de manière claire. Au vu des effets secondaires potentiels, sa prescription est donc à éviter chez la femme. Chez l'homme, préférer les alpha bloquants de deuxième génération (alpha 1 sélectifs : alfuzosine, tamsulosine), qui présentent une meilleure tolérance cardiovasculaire avec une efficacité comparable (9-10). La silodosine, alpha-bloquant uro-selectif, spécifique des récepteurs alpha-1A semble générer moins d'effets

secondaires cardiovasculaires. Dans un essai clinique européen, aucun effet indésirable cardiovasculaire n'a été rapporté comparativement au placebo (11). Des études seront à réaliser chez la personne âgée afin de compléter ces premiers résultats.

A noter que le risque d'hypotension orthostatique est maximal lors des 2 premiers mois de traitements. Pour limiter le risque, la prise est préférable le soir au cours

du repas pour ralentir l'absorption du principe actif. Il convient également d'informer le patient des risques.

Devant ce premier épisode de RAU, un bilan minimal paraclinique sera à réaliser :

- Créatinine, Urée à la recherche d'une insuffisance rénale aiguë.
- Echographie vésico-rénale à la recherche d'une dilatation pyélocalicielle, d'un obstacle, d'une vessie de lutte.
- Echographie prostatique chez l'homme afin d'évaluer le volume prostatique à la recherche d'une hypertrophie bénigne de prostate.
- Avis spécialisé avec cystoscopie en cas d'hématuries.
- ECBU en cas de suspicion d'un syndrome infectieux.

A noter que le dosage du PSA n'est pas recommandé dans le contexte, pouvant être faussement augmenté.

En cas de désondage avec succès, une surveillance des mictions et des résidus post mictionnels sera à réaliser pendant 72h. En cas d'hypertrophie bénigne de prostate à l'échographie, un suivi urologique est recommandé.

En cas d'échec du premier essai de désondage

Il est fréquent, en gériatrie, que lors du premier épisode de rétention, la réplétion vésicale ait un volume supérieur à 600cc. La distension détrusorienne aboutit à un claquage musculaire, la vessie perd ses capacités contractiles responsables d'une « vessie claquée ».

Un nouvel essai de désondage sera donc à prévoir à distance de l'épisode aigu, à 4 semaines, après récupération du muscle vésical.

Pendant un mois, afin de faciliter la réussite du nouveau désondage :

- Poursuivre la prescription de l'alpha bloquant chez l'homme,
- Lutte contre la iatrogénie avec arrêt, dans la mesure du possible, des traitements dysuriants (tableau 1),
- Règles hygiéno-diététiques :
 - Lutte contre la constipation.
 - Hydratation.
 - Rééducation avec reprise de l'autonomie antérieure,
 - Eviter l'alimentation prolongée.

En cas de désondage avec succès, surveillance des mictions et des résidus post-mictionnels pendant 72h.

Chez l'homme, en cas d'hypertrophie bénigne de prostate, le risque de récidive est important. Prévoir un suivi urologique à distance afin de discuter de la pertinence d'une prise en charge chirurgicale de cette d'hypertrophie.

En cas d'échec du nouvel essai de désondage à 1 mois

En cas de nouvel échec, un avis spécialisé urologique est alors nécessaire. Du fait de la complexité de la prise en charge urologique chez la personne âgée, une prise en charge conjointe gériatre/urologue est nécessaire, avec évaluation uro-gériatrique complète.

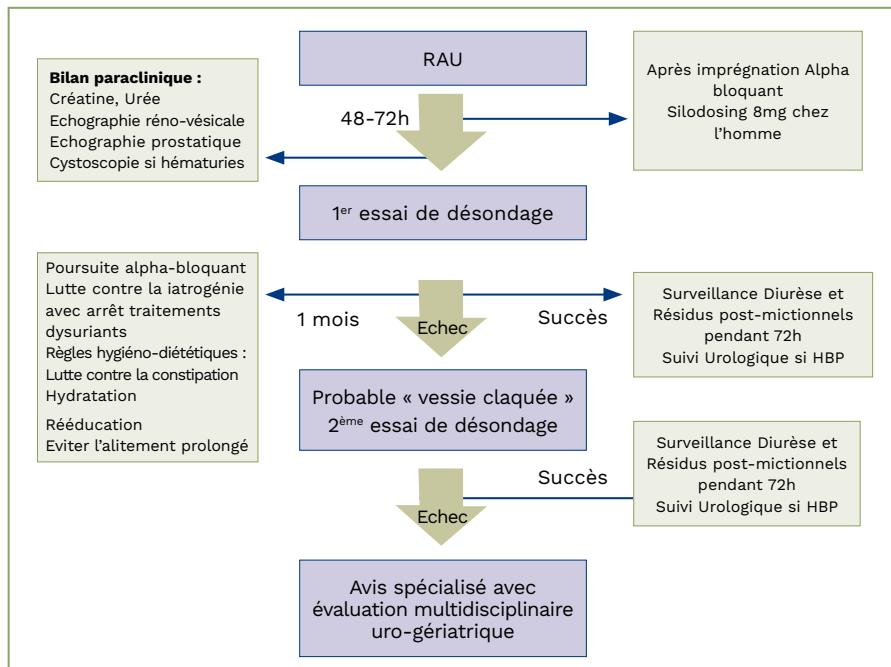
En effet, des alternatives thérapeutiques existent mais elles doivent être adaptées à l'étiologie (mais diagnostic souvent mixte et complexe chez la PA) ainsi qu'au patient selon ses souhaits et son profil gériatrique.

Dans tous les cas, une prise en charge multidisciplinaire (urologue, gériatre et anesthésiste) est conseillée (12).

Tableau 1 : Traitements dysuriants

Traitements dysuriants
<ul style="list-style-type: none"> • Anticholinergiques +++ • Antispasmodiques • Sympathomimétiques : Beta2 - Mimétiques • Inhibiteurs calciques • Dérivés opiacés • Neuroleptiques • Antiparkinsoniens • Antidépresseurs tricycliques

Figure 1 : Conduite à tenir après épisode de RAU



Astuce du gériatre

En cas de patients présentant des troubles neurocognitifs avec arrachages de sondes, il est parfois difficile de conserver la SVD pendant 1 mois en cas de suspicion de « vessie claquée ». Dans ces cas-là, il est possible d'essayer de réaliser un hétérosondage avec sondages intermittents pendant 1 mois.

1. Lo E, Nicolle L, Classen D, et al. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008;29: S41–50.
2. Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, et al. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. Available at: <http://www.cdc.gov/hicpac/>. Accessed January 14, 2011.)
3. Hooton TM, Bradley SE, Cardenas DD, et al. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International practice guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2010;50:625–63.
4. Nicolle LE. Urinary catheter infections. *Infect Dis Clin North Am*. 2012;26:13–28.
5. Kohler-Ockmore J, Feneley RC. Long-term catheterization of the bladder: prevalence and morbidity. *Br J Urol* 1996;77:347– 51. 8.
6. National Clinical Guideline Centre (UK). Infection: prevention and control of healthcare-associated infections in primary and community care: partial update of NICE clinical guideline 2. NICE Clinical Guidelines, No. 139. London: Royal College of Physicians (UK); 2012. Chapter 10, Long term urinary catheters.
7. Fitzpatrick JM, Desgrandchamps F, Adjali K, et al. Management of acute urinary retention: a worldwide survey of 6074 men with benign prostatic hyperplasia. *BJU Int*. Jan 2012;109(1):88–95.
8. Armitage JN, Sibanda N, Cathcart PJ, et al. Mortality in men admitted to hospital with acute urinary retention: Database analysis. *BMJ* 2007;335:1199–1202.).
9. Santillo VM, Lowe FC. Treatment of benign prostatic hyperplasia in patients with cardiovascular disease. *Drug Aging* 2006; 23: 795–805.
10. Djavan B, Marberger M. A meta-analysis on the efficacy and tolerability of alpha1-adrenoceptor antagonists in patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction. *Eur Urol* 1999;36:1-13.
11. Chapple CR, Montorsi F, Tammela Tl et al. Silodosin therapy for lower urinary tract symptoms in men with suspected benign prostatic hyperplasia : results of an international, randomized, double-blind, placebo and active controlled clinical trial performed in Europe. *Eur Urol* 2011; 59:342-52.).
12. Rambaud, C., Gonfrier, S., De La Phalecque, L. I., Fallot, J., Haider, R., Tibi, B., ... & Durand, M. P. (2018). To increase the success of removing the urinary catheter in elderly patients with recurrent urinary retention. *European Urology Supplements*, 17(2), e300-e301.).

LE SYNDROME DE LA DENT COURONNÉE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE : SAVOIR L'ÉVOQUER DEVANT UN TABLEAU DE MÉNINGITE



Thomas RENONCOURT¹, Sanaa HANNAT¹, Frédéric BLOCH¹

1. Service de gériatrie, Pôle autonomie, CHU Amiens - Picardie, Amiens.

RÉSUMÉ

Nous rapportons ici le cas d'un patient de 90 ans ayant pour symptômes la triade : céphalées, fièvre et syndrome inflammatoire biologique. Le scanner cérébral sans injection a permis, après relecture, de faire le diagnostic du syndrome de la dent couronnée d'évolution favorable après traitement par COLCHICINE et ainsi d'éviter des gestes invasifs tels que la ponction lombaire.

Mots clés : chondrocalcinose - dent couronnée - cervicalgies aigües

Adresse de correspondance :

Service de gériatrie, CHU AMIENS nord, 80054 Amiens, Cedex 1. Tél. : 03.22.45.57.11.

Auteur correspondant : Thomas RENONCOURT,

interne de DES de gériatrie, AMIENS.

Courriel : renoncourt.chuamiens@gmail.com

Le syndrome de la dent couronnée est une pathologie peu connue mimant un tableau clinique de méningite. Il faut savoir l'évoquer afin d'éviter la réalisation de gestes invasifs inutiles, d'autant que le scanner sans injection est un examen disponible et rapide, permettant de toujours confirmer le diagnostic. Nous rapportons ici le cas d'un patient de 90 ans consultant pour céphalées.

OBSERVATION

M. L. 90 ans a été adressé aux urgences pour céphalées et poussée hypertensive. Ses antécédents sont marqués par de l'arythmie complète par fibrillation ariculaire (ACFA) traitée par FLUDIONE. A l'examen clinique, il n'a pas été mis en évidence de signes de focalisation neurologique, les céphalées étaient pulsatiles et occipitales.

Le bilan biologique et le scanner cérébral sans injection étaient sans particularités. M. L. est alors rentré au domicile après normalisation de la pression artérielle sous NICARDIPINE. Le lendemain, il s'est de nouveau présenté aux urgences pour le même motif. Cette fois-ci, le bilan biologique montrait une hyperleucocytose à 12 000/mm³ et une protéine C

réactive (CRP) à 150mg/l associé à une bandelette urinaire positive aux nitrites avec hématurie sans leucocyturie. Il a été mis en place un traitement probabiliste par CEFTRIAXONE, puis M. L. a été admis dans notre service de gériatrie aigüe. A l'entrée les céphalées ont laissées place à une raideur de nuque associée à de la fièvre. La ponction lombaire

pour éliminer une méningite n'a pas été effectuée en l'absence d'autres signes évocateurs francs et de la présence du traitement par FLUIDIONE non antagonisé. Le syndrome inflammatoire ne s'améliorait pas, une fenêtre thérapeutique a été décidée.

C'est la relecture des coupes cervicales hautes sur le scanner réalisé aux urgences qui a finalement permis de faire le diagnostic de syndrome de la dent couronnée avec la mise en évidence d'hyperdensités typiques autour de l'odontoïde. Un traitement par COLCHICINE

un comprimé par jour pendant dix jours a été mis en place et a permis une régression totale des cervicalgies, du syndrome inflammatoire biologique et de la fièvre en 48-72 heures.

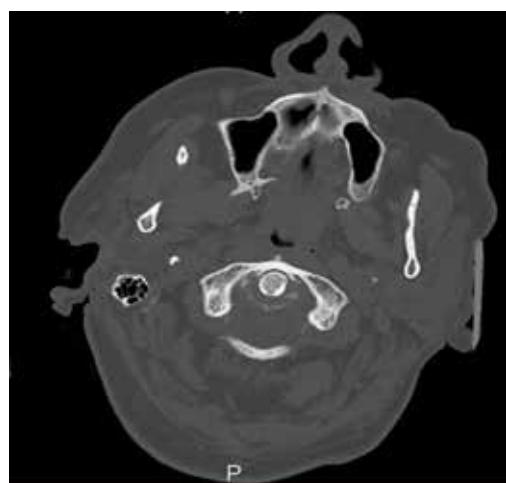
DISCUSSION

Le syndrome de la dent couronnée est une crise d'arthropathie microcristalline cervicale de la vertèbre C2, à type de dépôts de chondrocalcinose dans 80 % des cas ou de cristaux d'apatite dans les 20 % restants (1, 2). Il a une prévalence estimée de 2 %, sans incidence connue et est probablement sous-diagnostiquée (3). Le pronostic est très favorable sans séquelles. Il est présent à 61 % après 75 ans, la femme est plus fréquemment touchée et les facteurs de risques de la maladie sont les mêmes que pour la chondrocalcinose articulaire et l'arthropathie à hydroxyapatite (1). Le diagnostic est clinique et radiologique. Dans 70 % des cas il y a la triade clinique complète associant fièvre, raideur de nuque et céphalées occipitales. Un fort syndrome inflammatoire est présent dans près de 50 % des cas (1, 3). Devant cette clinique, le diagnostic

différentiel principale est la méningite infectieuse, mais la raideur est différenciée du signe de KERNIG car elle est dans le mouvement de rotation à 45° et non lors de la flexion cervicale ; puis viennent la spondylodiscite, la cervicarthrose, la pseudo polyarthrite rhizomélique, la maladie de HORTON, et la polyarthrite rhumatoïde à début rhizomélique. Dans plus de 50 % se sont ces diagnostics qui sont évoqués en premier ce qui donne lieu à de nombreux examens complémentaires. Le scanner cervicale sans injection avec des coupes coronales et axiales centrées sur C1-C2 permet le diagnostic dans 100 % des cas (1, 4). Le syndrome de la dent couronnée donne des images de calcifications pathognomonique autour du ligament cruciforme de l'odontoïde. Il n'y a pas d'intérêt à réaliser des radiographies du rachis cervicale ni

d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Il est utile en cas de suspicion diagnostique de réaliser des radiographies des genoux, des poignets et des mains à la recherche d'arguments en faveur d'une chondrocalcinose. Les complications sont rares et sont représentées par la spondylolisthésis, la subluxation de C1-C2, une compression médullaire nécessitant une décompression chirurgicale et plus fréquemment par une perte fonctionnelle articulaire du rachis cervical en cas d'absence de traitement. La prise en charge de référence est la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou de COLCHICINE (3). Les symptômes cliniques et le syndrome inflammatoire biologique s'améliorent dès les premières 48h, associés à une résorption des calcifications en imagerie dans les 2 premières semaines (1, 2).

Dépôt
microcristallins >
de l'odontoïde



CONCLUSION

Le syndrome de la dent couronnée est un diagnostic différentiel de la méningite avec la triade associant la présence d'une fièvre, d'une raideur de nuque en rotation de 45°, céphalées occipitales. Il est dû le plus souvent à une crise de chondrocalcinose articulaire. C'est le scanner cervicale centré sur C1-C2 qui affirme le diagnostic dans 100 % des cas. L'évolution est rapidement favorable sous COLCHICINE et est de très bon pronostic fonctionnel.

RÉFÉRENCES

1. Eighteen cases of crowned dens syndrome: presentation and diagnosis. Valnet, GODFRIN. BESANCON : ELSEVIER MASSON, 2013, Vol. 59.
2. Syndrome de la dent couronnée: série de 18 cas et revue de la littérature. Valnet, GODFRIN. BESANCON : s.n., 2011.
3. Crowned dens syndrome: case of a 94 year old female patient revealed through an unexplained inflammatory syndrome. Hayette, REZIGUE. Novembre 2017, la revue de gériatrie, Vol. 42.
4. Crowned dens syndrome mimicking meningitis. Kei-ichi, ISHIKAWA. s.l. : the japanese society of international medicine, 2010.

SIMULATION EN SANTÉ MÉDICALE AUTOUR DE LA PERSONNE ÂGÉE



Dans certaines professions comme les professions de santé, il faut savoir faire face à la difficulté qui réside derrière l'expression « l'erreur est humaine » qui est indissociable du comportement humain. L'erreur est considérée comme une étape d'apprentissage, nécessaire et source d'enseignements pour tous. Cependant, lorsqu'il s'agit de la santé des patients, la place de l'erreur comme processus d'apprentissage n'est pas acceptable et perd sa légitimité face à l'obligation de moyen et de résultats. Un apprentissage tiré des évènements indésirables ou événement porteur de risque lors de revues de mortalité et de morbidité (RMM) ou de patients traceurs a été développé. Néanmoins, l'identification, la prévention et l'anticipation des risques et des erreurs pour les atténuer, ainsi que le développement de stratégies de perfectionnement face à une situation difficile ou rare semblent plus acceptable au sein du système de soins. Ainsi, a été développée la simulation en santé. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les **exercices en simulation** ont été conçus pour imiter une situation réelle dans un environnement réaliste ou fictif visant à reproduire une situation complexe ou rare afin d'identifier et d'analyser de manière structurée les besoins et points à améliorer. La Haute Autorité de Santé (HAS) a défini la **simulation en santé** comme « l'utilisation d'un matériel, de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels ».

La simulation en santé s'adresse à tout type de professionnel de santé et permet :

- 1) De former à des procédures, à des gestes, ou à la prise en charge de situations ;
- 2) D'acquérir et de réactualiser des connaissances et des compétences techniques et non techniques ;
- 3) D'analyser ses pratiques professionnelles en faisant porter un nouveau regard sur soi-même lors du débriefing ;

- 4) D'aborder les situations dites « à risque pour le patient » et d'améliorer la capacité à y faire face en participant à des scénarios qui peuvent être répétés ;
- 5) De reconstituer des événements indésirables, de les comprendre lors du débriefing et de mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les approches de la simulation en santé sont larges allant de la **simulation organique** (sur homme

vivant ou cadavre), à la **simulation non organique** regroupant la **simulation synthétique** (sur mannequin et procédurale) et **électronique** (sur interface naturelle = réalité virtuelle, et interface non naturelle = informatisée). A la simulation organique humaine, synthétique et électronique avec interface naturelle, il est possible de coupler un environnement réaliste permettant une **immersion** dans le processus de simulation.

L'enseignement en simulation possède des codes de bonnes pratiques et nécessite une structuration pour permettre de répondre aux objectifs d'apprentissage en mobilisant des connaissances au profit du développement de **compétences**. Tout d'abord, les **objectifs pédagogiques** doivent être définis en amont de manière précise et explicite afin de créer un **scénario** permettant d'y répondre. Après une étape importante de **briefing**, la formation doit être réalisée et répétée avec des niveaux de difficulté croissants en utilisant plusieurs stratégies d'apprentissage et reproduire des situations cliniques variées dans un environ-

nement contrôlé. Les expériences pédagogiques avec simulation doivent être reproductibles, standardisées et doivent impliquer activement les participants. Enfin, le **débriefing** représente une étape essentielle de la simulation.

La simulation en santé s'est énormément développée dans des spécialités médicales comme la réanimation, la psychiatrie, ou les urgences, ainsi que dans les spécialités chirurgicales et procédurales, mais elle reste peu développée en gériatrie malgré les besoins de formation face à la transition démographique et épidémiologique que nous vivons.

Actuellement, la simulation en gériatrie est essentiellement représentée par le **simulateur de vieillissement** qui altère les capacités motrices et sensorielles afin de mieux appréhender les comportements de la personne âgée.

Le champ des possibilités en termes d'enseignement en gériatrie par simulation en santé est donc vaste et nécessite ainsi d'être développé afin de répondre à un besoin de sensibilisation et de formation des professionnels de santé et des aidants formels et informels.

En conclusion

La simulation en santé est désormais considérée comme une méthode pédagogique incontournable dans le développement des compétences, l'évaluation des pratiques et la gestion des risques en soins. La simulation en santé s'inscrit dans le dispositif d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins (Développement Professionnel Continu (DPC)) ayant pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques.

La gériatrie possède depuis peu une reconnaissance comme spécialité médicale à part entière avec un Diplôme d'Études Spécialisées (DES) bien organisé et structuré. Les enseignements dispensés en e-learning sont nationaux et permettent d'acquérir de bonnes connaissances théoriques de la gériatrie. Cependant, les enseignements en simulation tournés vers l'acquisition de compétences, permettant de répondre à un besoin pédagogique, doivent être développés afin d'améliorer cette formation gériatrique de qualité.

Diplôme Universitaire SimPAS (Simulation Personne Agée et Soins), l'exemple Angevin

i

DU organisé en collaboration avec le Centre de Simulation du CHU d'Angers.

Objectifs

- Former les professionnels de santé aux soins spécifiques des personnes âgées malades (compétences techniques et non techniques) dans différentes situations de soins (troubles cognitifs et du comportement, chuteurs, urgences gériatriques, etc.).
- Former les professionnels de santé à l'accompagnement des personnes âgées.
- Apprendre aux professionnels de santé à utiliser les nouvelles technologies, les stratégies non médicamenteuses, et la télémédecine au service des personnes âgées.
- Appréhender la maladie et ses conséquences fonctionnelles par l'utilisation d'un simulateur de vieillissement.

Modules

UE 1 : Spécificités des soins aux personnes âgées.

UE 2 : Urgences gériatriques.

UE 3 : Soins aux patients âgés présentant des troubles psycho-comportementaux.

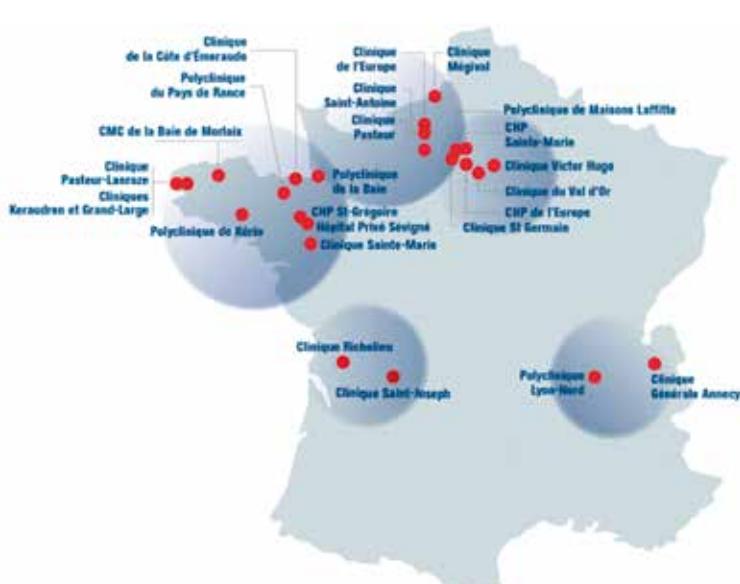
UE 4 : Stratégies non médicamenteuses et nouvelles technologies au service des personnes âgées.

Durée : 56 heures réparties sur 8 journées de 7 heures et 5 jours de stage pratique.

Calendrier de la formation : de février à juin.

Guillaume DUVAL

Le virage ambulatoire, une ligne droite pour la médecine



Les chirurgiens du **Groupe VIVALTO SANTE** s'emploient depuis plusieurs années au développement de la RRAC (réécupération rapide après chirurgie), dont une des conséquences est la réduction de la durée moyenne de séjour (DMS).

De ce fait, l'efficience des activités de chirurgie, entraîne une augmentation du nombre de lits disponibles, laissant libre champ au développement des unités d'hospitalisation de médecine.

En aval des urgences et en recours pour les praticiens de ville, ces unités d'hospitalisation de médecine sont une réponse à l'afflux de patients âgés, souvent poly-pathologiques.

Ces derniers peuvent ainsi bénéficier d'une prise en charge globale par l'intermédiaire d'un ou de plusieurs praticiens, tels que des médecins généralistes et, ou spécialistes, se coordonnant au lit du malade.

Que ces unités de médecine soient de "bilan, polyvalentes, gériatriques, cancérologiques ou palliatives", elles ont toutes un unique objectif : appréhender la maladie de manière coordonnée par la sommation d'avis et ce, dans les plus brefs délais, dans un parcours de soin où la médecine de ville reste l'acteur principal.

Le Groupe VIVALTO SANTE compte à ce jour 16 établissements autorisés à l'exploitation de la médecine en hospitalisation complète, déclinées en 26 unités de médecine spécialisées (gériatrie, polyvalente, oncologique, URSP et de spécialité d'organe).

Nous nous efforçons d'accélérer ce développement en 2018/19 pour répondre aux besoins croissants, par l'ouverture de 15 unités supplémentaires, pour que nous puissions, au regard de nos autorisations, offrir aux patients ainsi qu'à nos correspondants, la même offre de soin sur l'ensemble des établissements du groupe VIVALTO SANTE.

Ainsi, le développement de ces unités de médecine a permis d'installer ou de salarier des praticiens qui apportent une expertise complémentaire (DU gériatrie, DU douleur, DU soins palliatifs, etc..) à nos chirurgiens, lors de prise en charge complexes.

Nous réfléchissons aujourd'hui, aux parcours de médecine HDJ de demain, dans le cadre de prises en charge médico-chirurgicales, qui permettront aux patients, un retour à leur domicile, le plus rapidement possible et dans les meilleures conditions.





PROGRAMME HOPE, ÉCHANGES AUTOUR DE NOTRE EXERCICE DE LA MÉDECINE EN EUROPE

« La Fédération Européenne des Hôpitaux lance sa nouvelle édition du programme HOPE ! » C'est dans un tweet de la Fédération Hospitalière de France (FHF) que j'ai découvert ce programme, en juillet 2017.

Commençons par planter le décor... La Fédération Européenne des Hôpitaux (HOPE) est une association regroupant des organisations hospitalières ou du monde de la santé des 28 pays membres de l'Union Européenne, de Suisse et de Serbie. Elle a pour objectif, notamment, de favoriser les échanges entre professionnels au sein de l'Europe afin d'améliorer la qualité des soins et l'état de santé des citoyens.

Cette Fédération crée en 1981 le programme d'échange HOPE. Depuis, chaque année, des médecins, des directeurs d'hôpitaux, des cadres de santé et des ingénieurs se rendent dans d'autres pays européens afin de découvrir des systèmes de santé différents de ceux de leur pays d'origine. Chaque édition est consacrée à un thème différent.

Le programme se déroule en deux temps. Durant la première phase, que l'on pourrait qualifier d'immersion, les participants sont accueillis par un établissement de santé

en vue d'observer et d'échanger avec des acteurs du système de soin. Pendant quatre semaines, ils sont amenés à interagir avec des membres du personnel hospitalier, des professionnels de la médecine de ville, des patients et des associations de patients le cas échéant. Durant la seconde phase, appelée Agora, les participants se réunissent afin de restituer leurs expériences et d'échanger autour de la problématique soulevée.

Le thème de l'édition 2018 était dans l'air du temps : « Améliorer la qualité des soins grâce aux compétences et à l'expérience des patients : sommes-nous prêts ? ». Avec le soutien de la présidence de CME et de la direction générale, j'ai pu présenter ma candidature. Et me voilà partie pour la Hongrie !

A mon arrivée, j'ai fait la connaissance des trois autres professionnels sélectionnés : une française, une estonienne et un allemand. Ils venaient tous d'horizons variés : éducation thérapeutique, qualité et gestion.

Les trois premières semaines, nous étions rattachés à des hôpitaux différents avant de nous retrouver tous à Budapest pour quelques jours.

Avec ma collègue Française, nous avons eu le plaisir de découvrir la petite ville de Karcag, son hôpital... et surtout ses thermes ! Au sein de l'hôpital, nous avons rencontré les médecins, les paramédicaux, mais également des membres de l'administration. Nous avons été invitées à participer à des évènements organisés en dehors de l'institution (journée de dépistage de maladies chroniques, compétitions sportives avec d'autres organismes du territoire, etc.). Et nous avons profité de nos week-ends pour faire du tourisme et goûter les innombrables sortes de goulasch.

Après avoir retrouvé nos camarades à Budapest, nous avons visité d'autres établissements de santé - et je ne parle pas des bains de Szechenyi ! Nous avons également préparé le travail que nous allions présenter lors de l'Agora.

Début juin, nous arrivons à Stockholm, en même temps que les marathoniens... Et pendant qu'ils courrent sous 25°C, nous visitons la ville !

Débute ensuite l'Agora. Plusieurs intervenants suédois développent des exemples d'enrôlement du patient et de ses proches dans des parcours de soin et dans le système de santé. Puis chaque équipe ayant visité un pays présente les initiatives pertinentes, idéalement reproductibles, qu'elle a retenues. En Hongrie, nous en avons relevé deux.

La première est une forme d'art-thérapie. Dans un hôpital pneumologique en périphérie de Budapest, un programme expérimental propose une semaine de chorale pour les patients insuffisants respiratoires chroniques. Après deux semaines de réhabilitation respiratoire classique, les patients bénéficient de cours de chant, de séances de choeur et d'entraînement respiratoire. Au terme de cette semaine, patients et soignants s'associent pour donner un concert. Une étude menée par l'équipe hongroise a montré que cette organisation permettrait d'obtenir des résultats identiques à un programme de 3 semaines de réhabilitation respiratoire classique (sur le test de 6 minutes de marche). Au-delà des résultats médicaux, il nous a semblé que ce temps commun soignants-patients permettait de faire tomber certaines barrières, de faciliter les échanges et donc d'améliorer la prise en charge de la maladie chronique.

La seconde initiative ayant retenu notre attention est le service de protection des droits des patients. Il s'agit d'un organisme indépendant, ayant plusieurs antennes dans le pays vers lesquelles les

patients peuvent se tourner en cas de plainte. Les membres de cet organisme jouent le rôle de conseillers juridiques pour les patients et de médiateurs avec les établissements de santé. Grâce aux témoignages recueillis et à partir de ces situations individuelles, afin d'améliorer la prise en charge et l'accueil des patients, les conseillers partagent ensuite leurs conclusions avec les établissements de santé. Ils dispensent des formations aux soignants en vue d'éviter que ces situations ne se reproduisent. Ils ont également une mission de communication auprès du grand public et de remontée des statistiques et de leurs conclusions aux tutelles.

Vingt équipes ont ainsi défilé pour présenter les initiatives qu'elles ont jugées intéressantes... En voici une sélection.

Les nouvelles technologies sont particulièrement développées dans les différents pays européens, en vue de permettre au patient de gérer sa maladie, chronique le plus souvent, à domicile.

Elles prennent la forme d'applications pour smartphone ou de matériel d'auto-surveillance avec *telemonitoring*. Les pathologies concernées sont le plus souvent le diabète, la BPCO, l'insuffisance cardiaque ou l'insuffisance respiratoire. Ces technologies ont vocation à responsabiliser le patient et à le rendre acteur de sa prise en charge, en le guidant dans la gestion des symptômes ou des traitements.

Certains pays semblent précurseurs dans l'enrôlement du patient dans le système de soin et dans la prise en compte de son opinion. En Suède et au Danemark par exemple, les patients récupèrent leurs résultats d'examen directement, sans attendre une consultation médicale spécifique. Cela heurte notre conception française, qui veut que l'annonce d'un diagnostic, *a fortiori* grave, s'accompagne idéalement d'une information sur le projet thérapeutique. De leur côté, les suédois invoquent une étude de 2008, menée par Sepucha *et al.*, qui s'intéressait aux priorités des patients dans le choix du traitement d'un cancer du sein.



Il en ressortait que patients et professionnels de santé répondaient très différemment sur ce qui motivait le patient dans sa prise de décision.

Le « patient expert » est également une ressource importante dans plusieurs pays européens. Les observateurs en Lituanie ont cité l'exemple d'une ancienne patiente intervenant quotidiennement dans un centre de rééducation. Non seulement celle-ci apprenait aux patients à faire du *wheeling* avec leur fauteuil roulant, mais elle assurait également le rôle de confidente, de guide et d'intermédiaire auprès des équipes soignantes. Autre exemple, en Finlande, où il existe une formation de 8 à 10 mois qui permet aux patients de devenir experts et d'être ensuite engagés dans les établissements de santé ou dans les services sociaux. Dans ce cas, ils sont rémunérés au même titre qu'un autre professionnel de santé.

Parmi les initiatives intéressantes s'appuyant sur le patient et son expérience, on peut retenir le

programme « *vamos a tomar un café* » en Espagne. Comme son nom le laisse présager, la direction des usagers rencontre régulièrement des patients autour d'une boisson chaude et en profite pour recueillir ainsi leur ressenti. Un projet similaire est mené aux Pays-Bas, où les patients, après leur sortie d'hospitalisation, sont conviés à une rencontre avec l'équipe soignante. C'est le principe du feedback appliqué aux soins : leurs retours sont utilisés pour élaborer des plans d'actions et améliorer la qualité des soins.

Et la gériatrie, dans tout ça ?

Bien que le vieillissement de la population soit une réalité à laquelle tous les pays européens sont confrontés, elle a malheureusement insuffisamment été évoquée lors des présentations. Cela étant, la population gériatrique est directement concernée par les initiatives relatives à nombre de maladies chroniques. D'ailleurs, la recherche actuelle sur les nouvelles technologies s'intéresse fortement aux personnes âgées et au maintien à domicile.

Deux présentations concernaient directement la population gériatrique. Toutes deux mettaient en exergue le souhait de placer le patient âgé au centre d'un environnement médico-social qui s'adapterait à lui et pourrait répondre à ses besoins tout au long d'un parcours de soin.

Ainsi au Royaume-Uni, des unités d'urgence gériatrique ont été créées dans certains centres (*Older People's Emergency Units*). Les patients y bénéficient au besoin d'une évaluation gériatrique standardisée, multidimensionnelle. Ils peuvent avoir accès à l'expertise de l'ensemble des professionnels de gériatrie, y compris les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes. Il a été mentionné une diminution des hospitalisations de l'ordre de 15 %.

En Slovénie, dans certains centres de gériatrie, les équipes sont étoffées par des ingénieurs et des architectes. L'idée est d'adapter l'environnement au patient et à ses troubles en s'appuyant sur les compétences idoines.

En somme, des échanges fournis et riches de cette Agora, l'on retiendra que tous les pays se sentent concernés par l'intégration du patient dans le système de santé, même si tous n'en sont pas au même stade, l'Europe du Nord semblant très en avance dans ce domaine. La gériatrie ne saurait faire figure d'exception. Toute initiative, qu'elle soit au niveau national ou au niveau local, mérite d'être encouragée et soutenue par les tutelles.

La date limite de candidature pour l'édition 2019 est passée.
Si le programme vous intéresse pour l'année suivante, vous trouverez toutes les informations sur **www.hope.be** !

Fanny DURIG

1^{re} revue francophone gériatrique et psychologique indexée Medline



● Une approche novatrice :

Transdisciplinaire, elle traite de tous les aspects médicaux, psychologiques, sanitaires et sociaux pour une meilleure prise en charge de la personne âgée.

● Impact Factor 2017 : 0.368

4 numéros par an

+ 15 années archives
sur www.gpnv.fr

Avec le soutien officiel de :



www.jle.com





LES 8^{èmes} JOURNÉES DES ÉQUIPES MOBILES DE GÉRIATRIE

Les 8^{èmes} journées des équipes mobiles de gériatrie se sont déroulées le 14 et 15 juin à Amiens, sous l'égide de l'équipe du Pr Bloch, en partenariat avec la SFGG. Le thème choisi cette année « la complexité » sous tous ces angles...



8^{èmes} JOURNÉES NATIONALES DES ÉQUIPES MOBILES DE GÉRIATRIE

Clinique

Le Syndrome de Diogène semble être un bon modèle pour illustrer la complexité mettant en jeu l'individu et ses comorbidités (troubles cognitifs, psychiatriques, addictions, dénutrition, chutes, incurie), l'éthique (absence de demande d'aide voire refus d'aides et de soins, insalubrité, dangerosité), des professionnels différents (gériatres, psychiatres, infirmières, assistantes sociales, psychologues, gestionnaires de cas...). Il nécessite des prises en charge longues avec des partenaires compétents et formés qui peuvent ancrer le patient dans une filière de soin adaptée qui lui sera in fine bénéfique.

Ethique

Plusieurs vignettes cliniques concernant des patients présentant des syndromes de Diogène ont illustré la difficulté de la décision du juste soin entre l'action souhaitable mais refusée et l'inaction souhaitée et acceptée... « Fait-on du bien en voulant faire le bien ? » (S. PAYRAUD).

Juridique

Face aux questions de l'échange et du partage des données de santé avec des acteurs sociaux et médico-sociaux, face au respect de la vie privée, du consentement de la personne. Si le droit essaie de donner quelques réponses, il reste le flou de la limite entre le

secret médical et professionnel, le consentement et la non-opposition...

Institutionnelle

Entre les différentes structures, réseaux de santé, équipes mobiles spécialisées, certains acteurs de territoire se perdent. Remettre du sens et surtout de la cohérence dans les interventions de chacun passe aussi par une connaissance des acteurs de son territoire et impose de redéfinir précisément les missions et les actions de chacun.

L'exemple de la cellule médico-sociale menée par le SAMU 67 montre comment quelques volontés individuelles permettent de mener des actions concertées

dès la première ligne (l'appel au centre 15) et repère des situations complexes afin d'éviter leur décompensation.

Philosophique

La complexité d'une situation ne doit pas éloigner le geste simple du soin, même si le soin en soi, est une procédure complexe puisque deux libertés entrent en relation. Via la compétence et la reconnaissance, cette relation, parfois d'opposition, peut se transformer en une alliance.

La personne âgée ne cherche-t-elle à faire voir ce qu'elle n'est pas ? A repousser le seuil que notre seule présence lui impose ?

La complexité des organisations est une réponse à la complexité de la situation afin de ne pas être seul. L'idée d'une circulation de l'information permet d'aménager le traumatisme de l'impasse dans laquelle on se lance...

Organisationnelle

Une table ronde avec les ARS Ile-de-France et Grand-Est a réaffirmé la volonté des ARS de maintenir et de développer les EMG, notamment en extra-hospitalier et en EHPAD. Le détournement des moyens humains alloués aux EMG pour combler d'éventuelles carences hospitalières dans les services est à risque de sanctions financières. Les missions de coordination et de formation des EMG extra-hospitalières s'inscrivent dans leur enveloppe de financement. On souligne tout de même l'absence de cohérence nationale sur les indicateurs souhaités entre les ARS...

Statistique

Trouver des indicateurs d'activité communs, les intégrer dans les outils informatiques, savoir quel paramètre descriptif est intéressant et pour qui... Encore une

complexité des EMG qui doivent inventer un nouveau modèle de cotation. La synthèse de l'outil ANAP est en cours et devrait se conclure d'ici la fin de l'année avec le groupe de travail des équipes mobiles au sein de la SFGG.

Une nouvelle unité de mesure pour illustrer cette complexité est même en cours de réflexion !

Climatique

L'EMG de Guadeloupe a apporté un poignant témoignage sur leur implication dans l'accès aux soins des personnes âgées durement impactées après les ouragans de septembre 2017. Loin de nos yeux, ce territoire souffre d'un vieillissement en accélération avec des moyens humains faibles mais une volonté de cohésion incroyable aussi bien en intra-hospitalier qu'en extra-hospitalier.

Dans cette complexité, la pluridisciplinarité est une arme forte et la plus-value de notre spécialité. L'arrivée prochaine des infirmières en pratique avancée va permettre de mettre en lumière les qualifications de ces infirmières qui maîtrisent l'évaluation gériatrique, et repenser des organisations.

Si vous avez envie d'en lire un peu plus, voici un exemple de situation de l'équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière de Lyon-Sud disponible en flashant le QR-code ci-dessous :



Nathalie JOMARD



Campagne d'adhésions

A partir du 1^{er} novembre, les adhésions à l'association sont (re)devenues payantes, avec un tarif décidé pour 2018/2019 de 10 € l'année pour les internes et 20 € l'année pour les médecins thésés.

Cette adhésion sera à renouveler, sous couvert du respect des critères d'adhésion, à partir du site internet tous les ans à compter du 1^{er} novembre.

Pas de panique, la somme versée a pour objectif de vous faire bénéficier d'avantages certains :

- **Une mise en réseau** avec l'ensemble de la jeune génération de gériatres.
- Un **accès web exclusif** à l'ensemble du contenu de **la seule revue gériatrique indexée française** « Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement ».
- Un **tarif préférentiel** pour l'abonnement à la **Revue de Gériatrie**.
- Des **tarifs préférentiels** pour l'inscription aux **congrès** de nos partenaires.
- L'accès à de **nombreux contenus scientifiques** (bibliographies, cours, travaux de recherche...).
- L'inscription à **la mailing de l'AJG** pour être au courant des dernières infos en temps réel !

Et de NOMBREUX PROJETS en cours de développement :

Une facilité d'adhésion à la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG).

Un **tarif privilégié** pour l'accès à la première rencontre annuelle de l'AJG (en cours d'élaboration).

Suis-je un jeune gériatre ?

Être « jeune gériatre » nécessite bien entendu de remplir un critère d'âge, inférieur à 40 ans.

Mais qui sont véritablement les jeunes gériatres ?

La question nous ayant été posée plusieurs fois, nous avons rouvert les statuts où il est indiqué : « Pour être membre titulaire de l'AJG, il faut comme condition : être titulaire du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Gériatrie, du Diplôme d'Enseignement Spécialisé Complémentaire (DESC) de gériatrie ou de la Capacité de gériatrie depuis moins de huit ans ou être inscrit au DES, au DESC ou à la Capacité de Gériatrie. On ne peut être considéré jeune gériatre, quel que soit l'âge d'inscription ou d'obtention de l'un des diplômes sus cités, au-delà de 40 ans ».

Donc les internes, les assistants, les chefs de clinique et les praticiens de moins de 40 ans, qui ont validés leur diplôme depuis moins de 8 ans, sont jeunes gériatres.

Quelles missions pour 2018-2019 ?

Cette nouvelle saison de l'AJG s'annonce riche en projets et en développement de partenariats. Parmi ceux-ci, un partenariat majeur vient d'être conclu avec Interval Santé dont le rôle sera d'assurer l'intermédiaire entre l'association et différents partenaires financiers.

Un partenariat requérant des engagements de part et d'autres, l'AJG va optimiser ses actions déjà en place et développer de nombreux projets parmi lesquels :

- Mise en place des **premières rencontres annuelles de l'AJG**, qui auront lieu au printemps 2019, dont le contenu sera scientifique en abordant notamment les dernières actualités bibliographiques gériatriques, certains thèmes médicaux qui nous tiennent à cœur...
- Création du **Séminaire d'accueil des internes** qui sera quant à lui plus pratique : quelles démarches pour débuter l'internat, quelles perspectives d'avenir dans la gériatrie, comment faire ses recherches bibliographiques...
- Développement de **soirées thématiques décentralisées**. Le but sera de développer dans chaque subdivision des « soirées » gériatriques qui aborderont un thème gériatrique ou gérontologique précis, de manière conviviale, avec repas. Les différents gériatres et acteurs impliqués dans la gériatrie pourront ainsi faire du lien tout en s'informant.
- **E-learning** : un tel projet est en cours de réflexion et pourrait bien voir le jour et aborder des cas cliniques pratiques.
- **Revues bibliographiques** : parce que nous manquons tous de temps, quoi de mieux que de pouvoir découvrir le dernier article sorti sans le lire, en lisant son déryptage fait par un jeune gériatre ?

Assemblée générale – Changement de bureau – Nouveaux défis

L'assemblée générale ordinaire* de l'AJG se tiendra le lundi 26 novembre de 14h30 à 17h30 dans la salle « Auditorium » du Centre de Conférence Paris Marriott Rive Gauche où se dérouleront les Journées Annuelles de la SFGG.

Comme chaque année l'élection du Conseil d'Administration aura lieu lors de l'AG. Le Conseil d'Administration votera ensuite le nouveau bureau sachant que plusieurs membres vont quitter leur poste cette année par démission (le bureau ayant été élu pour deux ans en 2017).

Beaucoup de défis attendent encore l'AJG alors si vous êtes motivés rejoignez nous. Pour nous contacter c'est très simple : jeunesgeriatres@gmail.com

* L'annonce de l'assemblée générale ne vaut pas convocation, celle-ci sera adressée personnellement aux adhérents.

Guillaume DUCHER

ANNONCES DE RECRUTEMENT



La Résidence Léopold Bellan à Septeuil (78) Recrute :
1 Médecin Généraliste (ou Gériatre) Prescripteur H/F
CDI à Temps Partiel



Établissement : Située à Septeuil (entre Mantes et Houdan) dans les Yvelines, dans un cadre d'exception (parc boisé de 17 ha traversé par une rivière, en plein cœur du village), la Résidence Léopold Bellan est composée d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes de 102 lits et d'un Foyer d'Accueil Médicalisé de 60 lits.

Poste : CDI à temps partiel.

Missions : Pour l'EHPAD, vous intégrez une équipe pluridisciplinaire dynamique (médecin gériatre coordonnateur, psychiatre, kinésithérapeute, psychomotriciens, psychologue,...) et participez à la prise en charge globale des résidents.

Merci d'adresser lettre de motivation, CV et prétentions à : C. Berthelot - Directrice par Intérim - Résidence Léopold BELLAN
13, place de Verdun 78790 SEPTEUIL - residence.septeuil@fondationbellan.org
Pour toute information, contactez Docteur Bernard Planques - Médecin Gériatre Coordonnateur - Tél. : 01 34 97 20 00



Avantages et rémunération :

- Selon Convention collective nationale de 1951 (FEHAP).
- Reprise d'ancienneté.
- Mutuelle et prévoyance.

Profil : Titulaire du Doctorat en médecine ou avec une capacité en gériatrie ou en cours d'acquisition.

Poste à pourvoir immédiatement.



Le Pôle Sanitaire du Vexin - Centre Hospitalier de Gisors
situé à 1h de Paris

Recherche 2 Gériatres Temps Plein

La filière gériatrique est composée des services suivants :
Court séjour gériatrique, SSR, EHPAD, USLD, unité Alzheimer.

Les postes sont à pourvoir immédiatement.

Statut :

Praticien hospitalier, praticien contractuel.



Renseignements :

Alexandra LAMBERT Responsable des Affaires Médicales
Pôle Sanitaire du Vexin Route de Rouen BP 83 27140 GISORS
Tél. : 02 32 27 79 04 - alexandra.lambert@ch-gisors.fr



LA POLYCLINIQUE DE GRANDE-SYNTHE RECHERCHE ACTIVEMENT :

1 MÉDECIN GÉRIATRE ou GÉNÉRALISTE

ayant une appétence pour la Gériatrie - TEMPS PLEIN - CDI

Pour service de Médecine Polyvalente - Court Séjour Gériatrique

Établissement de santé privé à but non lucratif géré par une association loi 1901 situé à proximité de Dunkerque, accès direct sortie de l'A16

204 lits et places - Budget 30 M€ - Effectifs 375 etp (dont 22 praticiens)

Rémunération CCN51 - À négocier

Possibilité logement sur place au début du contrat et restauration sur place.

**Ses activités :**

- Une filière gériatrique avec un court séjour de 20 lits, 50 lits de soins de suite et réadaptation dont 25 spécialisés personnes âgées avec une unité cognitivo-comportementale, 90 lits des soins de longue durée.
- Un accueil d'urgence, des activités d'imagerie médicale (Scanner, Radiologie conventionnel, Échographie, Mammographie, IRM).
- Des activités de médecine polyvalente avec une orientation cardiological, gastroentérologique et d'addictologie avec un court séjour de 42 lits et 25 lits de SSR.
- Un service de soins palliatifs de 10 lits.
- Des consultations spécialisées.

Un modèle de gestion fondé sur des missions de service public, des valeurs communes axées sur la solidarité et l'intérêt collectif, l'accueil de tous les citoyens à toutes les pathologies, dépendances, handicaps et fragilités sociales ainsi qu'une exigence d'efficacité et d'équilibre des comptes.

Contacts : Madame Cécile GOZE - Directeur - Tél. : 03 28 58 60 15

Docteur William MEKERKE - Président de CME

Tél. : 03 28 58 60 43 - Courriel : direction@pg-s.com

Site Internet : www.polyclinique-grande-synthe.com

Polyclinique de Grande-Synthe

Avenue de la Polyclinique - BP 20159 - 59760 Grande-Synthe

Le Centre Hospitalier du Cateau-Cambrésis, établissement public de santé se composant de 191 lits et 82 places situé entre Valenciennes et Cambrai
RECHERCHE UN PRATICIEN GÉRIATRE OU MÉDECIN POLYVALENT À ORIENTATION GÉRIATRIQUE H/F – POSTE TEMPS PLEIN

Le pôle de Gériatrie se compose d'un service de SSR Polyvalent de 30 lits, d'un service de CSG de 20 lits, d'un EHPAD de 80 lits, d'un Accueil de Jour Alzheimer de 12 places, d'une Plateforme de Répit et d'un UHR (Unité d'Hébergement Renforcée) psychogériatrique de 14 lits.



Le poste est à pourvoir de manière pérenne et en organisation de jour.

Une expérience souhaitée en gériatrie et de préférence titulaire d'une capacité en gériatrie ou gérontologie (ou d'un DESC). L'inscription à l'Ordre des Médecins ou en cours d'inscription est impérative.

Une possibilité d'hébergement temporaire peut être proposée, si besoin.

Le poste est à pourvoir immédiatement par voie de mutation ou contrat (en fonction de la situation du praticien).

**Pour dépôt de candidature (CV et lettre de motivation), merci de les adresser à :**

Mme la Directrice Déléguée - Centre Hospitalier de Le Cateau-Cambrésis

28 Boulevard Paturle - 59360 Le Cateau-Cambrésis

Tél. : 03 27 84 66 01 ou e-mail : direction@ch-lecateau.fr ou ekowalka@ch-lecateau.fr

Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez contacter :

Mr le Docteur LÉVÈQUE - Président de la CME, Gériatre : pleveque@ch-lecateau.fr

Le Groupe Edenis recrute un Médecin Coordonnateur (H/F)

Avec ses 20 établissements, Edenis est un groupe régional associatif à but non lucratif à échelle humaine. Nous portons avant tout, des valeurs humaines et sociales fortes qui se confirment au travers de notre politique sociale.

Nous recrutons au sein de nos résidences Edenis Les Saules à Montauban et Edenis La Vendinelle dans le Lauragais.

En lien direct avec le directeur, vous participez activement à la mise en œuvre du projet d'établissement et du projet de soin. Vous êtes l'autorité médicale et le référent gériatrique de la structure.



Voir le détail de notre offre sur notre site
www.edenis.fr

Candidature à adresser à Patricia Filiozat
recrutement@edenis.fr



Le Centre Hospitalier de Gourdon recherche **un Médecin Gériatre** temps plein pour son service de Médecine Gériatrique (6 lits) et SSR gériatrique (15 lits).

L'établissement se situe au nord-ouest du département du Lot (20 mn de Sarlat, 45 mn de Cahors ou de Brive et, à 1h30 de Toulouse et Limoges par autoroute).

Il fait partie du GHT du Lot, composé de cinq établissements, avec pour établissement support le Centre Hospitalier de Cahors. Le Centre Hospitalier de 342 lits dispose d'un plateau technique, de 2 services de médecine et de SSR, d'une unité de chirurgie ambulatoire et de nombreuses consultations spécialisées médico-chirurgicales.

La filière gériatrique est complète et dynamique. Vous serez le 5^{ème} médecin temps plein d'une équipe médicale. Possibilité d'évolution au sein de la filière.

**Missions :**

- Participer à l'activité clinique, l'évaluation et la prescription des soins dans l'unité choisie.
- Animer l'équipe soignante en collaboration avec le cadre de santé.
- Participer aux instances, aux projets ainsi qu'à la démarche qualité de l'établissement.
- Participer à la promotion du pôle gérontologique et de notre structure en maintenant et développant des réseaux de partenariat.

Profil :

- Médecin inscrit à l'Ordre ou en parcours PAE (service agréé et validant en gériatrie).
- Capacité ou Spécialité en gériatrie (formation en cours possible ou engagement à se former).

Adresser candidature et CV au Dr Dominique PENCHENAT**Gériatre, Présidente de CME**par mail : dominique.penchenat@ch-gourdon.fr

Centre Hospitalier Jean Coulon

Avenue Pasteur - 46300 Gourdon



Centre Hospitalier
 Jean Coulon



Le Centre Hospitalier de BOURG-EN-BRESSE, établissement support du GHT Bresse Haut-Bugey, situé à 1h de LYON, 1h30 de GENÈVE et 2h de PARIS par TGV

Recrute des Médecins pour son Secteur Gériatrique :

- Un poste temps plein partagé entre une activité en secteur Soins de suite et réadaptation et une activité en Unité de soins de longue durée.
- Un poste temps plein ou 2 postes à temps partiel pour la coordination et la prise en charge médicale des résidents de l'Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Intérêts du poste :

- Filière gériatrique complète sur l'établissement comprenant :
- 22 lits de court séjour gériatrique, 60 lits de SSR gériatrique, 10 lits de SSR polyvalent, 10 lits d'UCC, 7 lits d'Hospitalisation à temps partiel gériatrique, 167 lits en EHPAD, 120 lits d'USLD dont 15 lits d'Unité d'hébergement renforcé, 8 places d'accueil de jour.
- 1 équipe mobile gériatrique intra et extrahospitalière.
- Des consultations : évaluation gériatrique, mémoire, chutes, oncogériatrie...
- Une permanence téléphonique.

Contact :

• Monsieur GIRAUD - Directeur des Affaires Médicales - ggiraud@ch-bourg01.fr

• Docteur BAILLY - Chef de Pôle de Gériatrie - mbailly@ch-bourg01.fr - Secrétariat SSR Hôtel-Dieu - 04 74 45 44 78

• Des équipes gériatriques dynamiques

Composition de l'équipe médicale hors recrutement :
13 praticiens occupant 10,6 ETP.

Profil recherché :

- Doctorat d'Etat en médecine.
- Spécialité en gériatrie ou en cours de formation.
- Médecin généraliste avec engagement à suivre la formation de médecin coordonnateur.
- Possibilité de recrutement sur un poste de PH ou contractuel.

Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse

900, route de Paris - CS 90401 - 01012 Bourg-en-Bresse Cedex



Le Centre Hospitalier Métropole Savoie (CHMS), site Chambéry,

Recherche un(e) Assistant(e) ou un(e) FFI à compter du 2 novembre 2018.

Le poste est à pourvoir initialement sur le service de rééducation locomotrice et réadaptation gériatrique, les Gentianes, (24 lits), ainsi qu'en EHPAD.

Aux Gentianes, le médecin assure le suivi médical des patients, ainsi que la coordination de différentes spécialités de rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, psychomotricienne..) intervenant auprès des patients. Il travaille conjointement avec l'équipe médicale de MPR, un médecin gériatre, un interne, pour établir le projet rééducatif et médical du patient, optimiser son potentiel et valoriser ses acquis, en tenant compte de son environnement.

En EHPAD, le médecin assure le suivi médical des résidents sur leurs lieux de vie, développe le projet de vie en lien avec les équipes soignantes, participe à la prévention et aux projets de santé publique coordonnés par le médecin coordonnateur et l'équipe administrative.

L'affectation, la durée et les dispositions du contrat sont modulables en fonction de vos projets, et du plan de formation auquel vous aspirez.

L'exercice professionnel s'effectue au sein d'une équipe médicale, de PH et d'assistants.

Le niveau d'encadrement et d'autonomie s'établira et évoluera avec vous.

Pour tout renseignement complémentaire : Dr Sagnier - Chef de service
par mail à : alain.sagnier@ch-metropole-savoie.fr ou par téléphone au poste 1703 - standard du CHMS : 04 79 96 50 50

Les candidatures sont à envoyer à : alain.sagnier@ch-metropole-savoie.fr - dam@ch-metropole-savoie.fr



Le Centre Hospitalier d'Orange (84), établissement de référence du Nord-Vaucluse, situé au cœur de la Provence à 10 mn d'Avignon, 1h de Montpellier, 1h de Marseille, au carrefour des axes autoroutiers vers l'Espagne et l'Italie.

recherche un Gériatre temps plein (statut de Praticien Attaché).

Le Pôle Gériatrie, d'une capacité de 90 lits, est composé des unités suivantes :

- SSR
- Court séjour gériatrique et lits de soins palliatifs
- Centre d'évaluation gériatrique
- EHPAD/USLD



Contact :

Dr L. CELLES
Chef du Pôle Gériatrie
04 90 11 22 07 - lcelles@ch-orange.fr

L. BLANCHI
Bureau des Affaires Médicales
04 90 11 24 06 - lblanchi@ch-orange.fr

Centre Hospitalier Louis GIORGI
Avenue de Lavoisier - CS 20184 - 84104 ORANGE Cedex



LE CENTRE HOSPITALIER D'ANTIBES JUAN-LES-PINS

RECHERCHE DEUX PRATICIENS À TEMPS PLEIN

(gériatrie ou médecine générale) pour son service de court séjour gériatrique (praticien hospitalier, PHC ou assistant selon expérience).

POUR RENFORCER L'ÉQUIPE MÉDICALE EN PLACE AU SEIN D'UN PÔLE GÉRONTOLOGIQUE COMPLET : COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE, SSR, USLD, EHPAD, CONSULTATIONS MÉMOIRE ET FRAGILITÉ, ÉQUIPE MOBILE DE GÉRIATRIE.

PÔLE GÉRONTOLOGIQUE DYNAMIQUE, PERSPECTIVE D'AVENIR.

CULTURE GÉRIATRIQUE ET INSCRIPTION AU CONSEIL DE L'ORDRE SOUHAITÉES.

CONTACT :

DR LE NECHET (CHEF DE PÔLE GÉRONTOLOGIE) anne.le-nechet@ch-antibes.fr

SERVICE DES AFFAIRES MÉDICALES - affaires.medicales@ch-antibes.fr

Centre Hospitalier d'Antibes Juan-les-Pins - 107, avenue de Nice - 06606 Antibes Cedex







Le Centre Hospitalier de Bourges (CHER)
900 lits et places, plateau technique incluant Scanner et IRM, Cardiologie interventionnelle et UNV est un établissement pivot du territoire de santé du Cher.
Bourges, très belle ville de caractère (agglomération de plus de 100000 habitants) est idéalement située par autoroute et par train : 2h de Paris, 1h d'Orléans et 2h du Massif central.

RECHERCHE MÉDECIN EN GÉRIATRIE

Praticien hospitalier, contractuel, assistant ou praticien attaché

Établissement sanitaire de référence pour le département du Cher, le Centre Hospitalier de Bourges dispose d'une filière gériatrique complète : médecine gériatrique, équipe mobile, SSR gériatriques, hôpital de jour, consultation mémoire, USLD, UHR, EHPAD, PASA, accueil de jour, plateforme de répit.

Effectif médical du pôle : 10 praticiens.
Activités proposées :
Participation à l'activité du service de soins de suite et réadaptation gériatriques
Et/ou Participation aux activités de l'hôpital de jour gériatrique et de la consultation mémoire.
Participation aux astreintes spécifiques de gériatrie.

Pour tout renseignement contacter : Mme le Docteur MALARD - gaelle.malard@ch-bourges.fr
Candidature et CV à adresser à : marie.pintaux@ch-bourges.fr - marie-gabrielle.verstavel@ch-bourges.fr
Site internet : www.ch-bourges.fr



L'Hôpital Robert-Pax Centre Hospitalier De SARREGUEMINES – France

Recrute



deux médecins gériatres pour le service de médecine polyvalente et gériatrique

pour le site de SARREGUEMINES et BITCHE

Afin de renforcer l'équipe médicale des services concernés.

Statut de praticien contractuel à temps plein ou praticien hospitalier à temps plein.

Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins indispensables.

Rémunération au 4^{ème} échelon de la carrière des praticiens hospitaliers à temps plein, majorée de 10 %.

Hôpital public récent ouvert en 2009, bien positionné dans son territoire de santé et en plein développement de son activité (médecine – chirurgie – obstétrique – hospitalisation de jour – HAD - chirurgie ambulatoire – scanner – I. R. M.).

Situé à côté de SARREBRUCK (Sarre) et à proximité de STRASBOURG et NANCY.

Adresser candidature et CV à

Monsieur Pascal SCHMIT - Directeur-Adjoint des Hôpitaux de SARREGUEMINES

Centre Hospitalier Robert-Pax 2, rue René François-Jolly - 57211 SARREGUEMINES Cedex

Tél. : 03 87 27 98 40

Email : pascal.schmit@chs-sarreguemines.fr



LE CENTRE HOSPITALIER JURA SUD SOUHAITE RENFORCER SON ÉQUIPE ET RECHERCHE

Un Médecin pour son secteur MÉDICO-SOCIAL

(Praticien hospitalier ou praticien contractuel ou assistant spécialiste)

LE CENTRE HOSPITALIER JURA SUD

951 lits et places installées, 383 lits d'EHPAD à Champagnole, Arinthod, Orgelet et Saint-Julien-sur-Suran.

Le médecin assurera la prise en charge des résidents âgés, participera à la permanence des soins.

Projets de structures pour déments déambulants.

Profil recherché : Praticien inscrit à l'ordre des Médecins, formations en gériatrie souhaitées.

Quotité de travail : 100 %.

Statut : Praticien Hospitalier ou statut médical sous contrat.

Niveau de rémunération annuelle : 48 à 96 k€ annuels + paiement des astreintes + primes éventuelles (PET, IESPE...).

A noter : Un poste de Médecin Coordonnateur sera disponible à moyen terme.

Pour tous renseignements :

M. BRAULT Guillaume - Directeur des Affaires Médicales au

03 84 35 62 33 - guillaume.brault@hopitaux-jura.fr

Dr PAQUERIAUD Jean-François - Chef de pôle EHPAD au

03 84 35 02 07 - jean-francois.paqueriaud@hopitaux-jura.fr





APPEL À PARTICIPATION

Si vous êtes un Jeune Gériatre

**ADHÉREZ À
L'AJG**

Pour adhérer, rien de plus simple :

Rendez vous sur www.assojeunesgeriatres.fr et adhérez en ligne.

De nombreux avantages adhérents vous attendent et de nombreux projets sont en cours de développement. Rejoignez nous !

NB : Ces données sont strictement personnelles et ne seront communiquées qu'à Réseau Pro Santé pour la distribution de la Gazette du Jeune Gériatre.



Vous connaissez dans votre entourage des Jeunes Gériatres intéressés par l'AJG ?

Communiquez-leur nos coordonnées !



Vous avez des articles, des messages, des idées ou des coups de gueule à nous faire partager ?

Communiquez-les via les réseaux sociaux : l'AJG possède un compte Twitter et Facebook.

www.assojeunesgeriatres.fr

