

LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#23

AVRIL 2020 - NUMÉRO GRATUIT



*Les recettes de
Grand-Mère
sont les meilleures*

MAIS IL VAUT MIEUX
NE PAS LES AVALER
DE TRAVERS...

Association des Jeunes Gériatres

www.assojeunesgeriatres.fr



LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE #23



ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES
www.assojeunesgeriatres.fr

SOMMAIRE

COMPOSITION DU BUREAU 2019 - 2020

PRÉSIDENT

Dr Matthieu PICCOLI (Paris)

VICE PRÉSIDENTE

Dr Nathalie JOMARD (Lyon)

PRÉSIDENTS D'HONNEUR

Dr Guillaume DUCHER
(Clermont-Ferrand)

Dr Guillaume DESCHASSE (Amiens)

Dr Cédric Annweiler (Angers)

Dr Sophie Moulias (Paris)

SECRÉTAIRE

Dr Fanny DURIG (Lille)

TRÉSORIÈRE

Dr Victoire LEROY (Lille)

PORTE-PAROLE

Dr Arnaud CAUPENNE (Poitiers)

RÉDACTEURS EN CHEF DE LA GAZETTE

Dr Sophie SAMSO (Angoulême)

Alexandre BOUSSUGE (Strasbourg)

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Alexandre BOUSSUGE,

Amélie BOINET,

Arnaud CAUPENNE,

Florent GUERVILLE,

Guillaume DUCHER, Fanny DURIG,

Guillaume DUVAL,

Matthieu PICCOLI,

Nathalie JOMARD,

Sophie SAMSO, Victoire LEROY,

Claire GODARD-SEBILLOTTE,

Thomas GILBERT,

Thomas TANNOU,

Romain VAN OVERLOOP,

Guillaume CHAPELET,

Emmanuel CAILLEAUX

3 ÉDITORIAL

4 ARTICLE THÉMATIQUE

Troubles de la déglutition : définition et épidémiologie

10 FOCUS GÉRIATRIQUE

L'arrêt de l'alimentation chez la personne âgée

13 FICHE MÉTIER

Cuisinier médico-social

15 FICHE PRATIQUE

Prise en charge des patients sujets aux fausses routes à domicile

18 IDÉES REÇUES

Idées reçues sur les troubles de la déglutition

20 ACTUALITÉS AJG

23 FICHE DU MÉDICAMENT

Utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons chez la personne âgée

29 FOCUS GALÉNIQUE

Modification de la forme galénique en Gériatrie : comment adapter nos prescriptions à certaines spécificités des personnes âgées ?

33 CAS CLINIQUE

Des troubles de la déglutition à la Sclérose Latérale Amyotrophique

36 ANNONCES DE RECRUTEMENT

N° ISSN : 2264-8607

ÉDITEUR 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.

ÉDITORIAL

Chères lectrices et chers lecteurs,

A l'heure où l'alimentation prend une place de plus en plus importante dans nos sujets de société, où il est de bon ton de manger plus sain, moins de viande, plus bio et plus local, la problématique est tout autre chez de nombreuses personnes âgées.

Avant même d'améliorer son alimentation, l'objectif pour certains de nos patients est tout simplement de pouvoir se nourrir.

Les troubles de la déglutition sont présents au quotidien dans la prise en charge gériatrique. Tous les professionnels ont pour mission de les dépister, les évaluer et de limiter leur fréquence et leurs complications.

Ce numéro de la **Gazette du Jeune Gériatre** est consacré à cette problématique, qui est devenue un syndrome gériatrique à part entière. Nous avons voulu traiter ce sujet en commençant par un focus qui reprend les bases du diagnostic des troubles de la déglutition et de leur prise en charge puis en y ajoutant l'expertise de plusieurs professionnels, diététicien, ergothérapeute, orthophoniste et également cuisinier en EHPAD. Chacun de ces angles d'approches différents nous permettra d'en avoir une vision globale.

Et comment ne pas parler des aspects éthique et législatif, qui sont particulièrement complexes dans la prise en charge de ces patients !

La fiche du médicament est toujours présente, avec cette fois-ci, une analyse pharmacologique et gériatrique des « Inhibiteurs de Pompes à Protons ».

Enfin, la Gazette accueille une nouvelle rubrique intitulée « *Idées reçues* » ; à chaque numéro nous tenterons de les clarifier en apportant des réponses très courtes qui aillent droit au but !

Nous espérons que la lecture de ce nouveau numéro sera succulente !

Gériatriquement vôtre,

Alexandre BOUSSUGE et Sophie SAMSO
Rédacteurs en chef

Si vous souhaitez avoir des exemplaires supplémentaires pour des événements que vous organisez, rien de plus simple que de contacter Marion Vallot de **Réseau Pro Santé** selon les deadlines ci-dessous, à l'adresse suivante : m.vallot@reseauprosante.fr.

- Avant la fin février pour le numéro de mars ;
- Avant la fin juin pour le numéro de juillet ;
- Avant la fin octobre pour le numéro de novembre.

PS : Ce numéro a été rédigé et préparé en amont de la crise sanitaire liée au COVID-19. Il n'en est pas question dans ce numéro. L'impression de ce numéro de la Gazette a été réalisée en respectant les mesures barrières, permettant une sécurité des professionnels qui y ont contribué. Veuillez nous excuser pour le retard de parution.



TROUBLES DE LA DÉGLUTITION DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE

La déglutition se définit comme l'ensemble des actes qui assure le transport des aliments, des liquides, de la salive et des mucosités nasales de la cavité buccale à l'estomac. En temps normal, nous effectuons 1500 à 2000 déglutitions par jour, 400-600 durant un repas.

On la décompose en 3 phases :

- Temps buccal (caractère volontaire).
- Temps pharyngé (caractère réflexe).
- Temps œsophagien (caractère réflexe).

Le terme « troubles de la déglutition » est utilisé pour différents troubles qui peuvent être plus ou moins sévères : ils peuvent passer inaperçus ou être responsables de pneumopathie d'inhalation, dénutrition, et même décès.

On estime que 30 % à 40 % des personnes âgées sont sujettes aux troubles de la déglutition, 13 % vivant à domicile, 50 % en EHPAD et jusqu'à 60 % des patients d'USLD.

La présbyphagie, liée au vieillissement

Le vieillissement affecte la phase orale et la phase pharyngée du processus de déglutition. On parle de « présbyphagie ».

On notera que la toux n'est pas altérée par le vieillissement.

- **Altération de la phase buccale** par une diminution de la force des muscles masticateurs et de la langue, diminution du mouvement lingual antéropostérieur, altération fonctionnelle de l'appareil dentaire et diminution de la sécrétion de salive. Ce qui a pour conséquence une difficulté de préparation du

bolus, diminution de la force de propulsion du bolus vers le pharynx, un défaut de fermeture du sphincter buccal postérieur (blocages alimentaires et salivaires, stases en bouche, bavage) et une fuite des aliments dans le pharynx.

Cette phase buccale reste un temps volontaire, et on peut pallier à ces difficultés en adaptant les textures des bolus alimentaires et en augmentant le temps de mastication chez des patients coopérants.

- **Altération de la phase pharyngée** qui a un impact sur le mécanisme de propulsion mais aussi de protection des voies aériennes supérieures, par un retard du déclenchement du réflexe de déglutition pharyngée, défaut de l'élévation laryngée, diminution de la force de contraction pharyngée, défaut de relaxation du sphincter supérieur de l'œsophage. Ce qui a pour conséquence une augmentation de la durée du temps pharyngé de la déglutition, une stase dans

les vallécules et/ou les sinus piriformes, une pénétration laryngée ou inhalation.

De par le caractère réflexe de la phase pharyngée, le patient seul ne peut pas mettre en place de mécanisme de compensation, et il en découle des complications infectieuses.

■ **Altération de la phase œsophagienne** par une interruption du péristaltisme primaire,

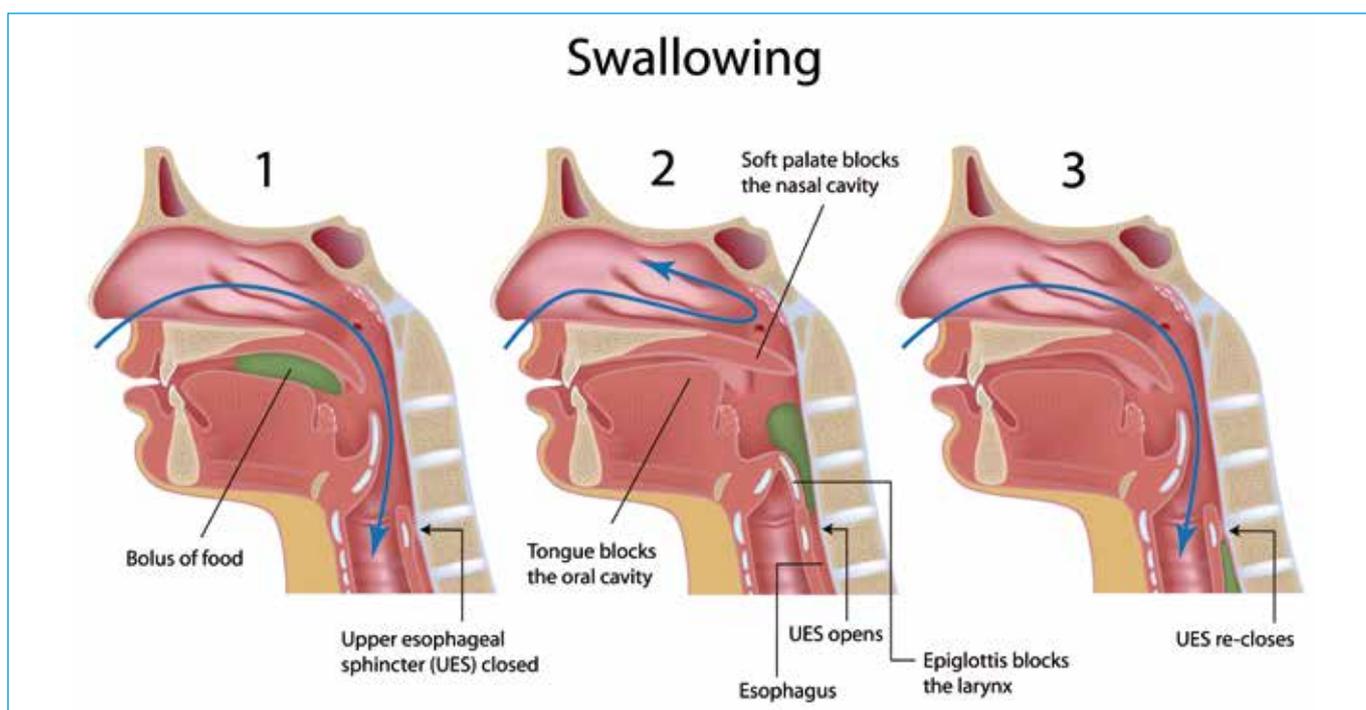
une rétention du bolus à la partie proximale de l'œsophage, ou des contractions tertiaires plus nombreuses. Cette phase serait moins touchée par le vieillissement.

Plusieurs études montrent que l'âge en lui-même n'augmente pas significativement le risque d'inhalation, ni n'altère le réflexe de toux. En revanche, l'incidence et la prévalence des principales

pathologies responsables d'une altération de la déglutition augmentent fortement avec l'âge.

On retrouve dans certains travaux que la fragilité est un facteur de risque de dysphagie.

Pouvons-nous aller jusqu'à dire que la présence de troubles de la déglutition est un syndrome gériatrique ?



Les étiologies et facteurs de risques

CAUSES	PATHOLOGIES
Neurologiques	AVC (surtout si récent), maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer (phase sévère), SEP, SLA
Fonctionnelles	Dépendance, sarcopénie, anomalie de la posture (cyphose, arthrose cervicale, ostéophytes rachidiens)
ORL et stomatologiques	Tumeur ORL, perte de dents, dentier mal adapté
Digestives	RGO, diverticule de Zenker, achalasie
Infectieuses	Candidose oropharyngée, mycose sur dentier, infections dentaires
Musculaires	Myasthénie, connectivite, hyperthyroïdie, hypothyroïdie, hypercorticisme
Psychiatriques	Troubles du comportement alimentaires

FACTEURS DE RISQUE	
Etat buccodentaire	Mauvais état buccodentaire : impact fonctionnel et infectieux
Hyposialie	Mastication difficile, diminution du pH
Iatrogène	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sonde nasogastrique ■ Médicaments <ul style="list-style-type: none"> - Ceux aux propriétés anticholinergiques : Favorisent la xérostomie - Traitements inhalés : Favorisent la xérostomie - Psychotropes : Altèrent la vigilance - Neuroleptiques : Entraînent des mouvements anormaux - Théophylline, dérivés nitrés, inhibiteurs calciques, AINS : Altèrent la motilité de l'œsophage ou l'état de la muqueuse digestive

Repérage et examen clinique

Repérage des troubles lors des repas

Niveau de gravité des troubles	Audibles	Visibles
Majeurs	Toux violente isolée Toux récidivante Racllements laryngés	Suffocation Apnée prolongée Cyanose Stagnation en bouche
Discrets	Juste après la déglutition : ▪ Toux discrète ▪ Hemmage (racllement de gorge). ▪ « Voix mouillée »	Résidus après la déglutition Double déglutition Larmolements, rhinorrhée



Repérage clinique auprès du patient

Un entretien avec le patient et les aidants naturels ou professionnels apportera toujours des éléments importants. Mais malheureusement, les signes cités plus haut ne sont souvent pas bien connues, n'hésitez à les citer les uns après les autres.

Il faudra évoquer des troubles de la déglutition devant :

- Un encombrement bronchique fréquent.
- Des pneumopathies à répétition.
- Des épisodes de fébricules (37,8°-38°) inexpliqués.
- Des difficultés à prendre des médicaments.
- Un refus alimentaire, une diminution des ingestats.
- Une perte de poids inexpliquée.

L'examen clinique s'attachera à évaluer l'état de vigilance, la capacité à tenir en position assise avec une bonne posture de tête et flexion du cou, rechercher des anomalies respiratoires, s'assurer de la possibilité de tousser, vérifier la symétrie de la face, tester la motricité de la langue, la motricité du voile du palais, évaluer la qualité de la voix (atteinte des cordes vocales) et enfin éliminer une xérostomie, une mycose ou un problème dentaire (dents ou dentier).

Il existe plusieurs outils de dépistage de la dysphagie, utilisés notamment en neurologie ou en réanimation. Il s'agit de tests à l'eau gélifiée puis à l'eau liquide. Ces tests demandent parfois une formation du soignant.

Aucune échelle n'a été validée dans la population gériatrique.

Le plus connu est le Toronto Bedside Swallowing screening test (TOR BSST), qui a été validé chez des patients suite à un AVC. Il évalue la déglutition et les signes associés (voix, mouvement de la langue, déglutition d'eau, voix après le test) et mesure de saturation.

Enfin, un bilan orthophonique spécifique peut être très utile (par le test de capacité fonctionnelle de déglutition de Guatterie et Lozan).



Place des examens paracliniques

3 examens paracliniques peuvent se discuter dans le bilan de dysphagie.

- **La videofluoroscopie (VFS)** qui est le gold standard. Il s'agit d'un examen dynamique, qui filme la déglutition d'un produit radio-opaque. Il dure environ 15 minutes. Il ne peut être réalisé que chez les patients vigiles et compliants.
- **La nasofibroscope.** Cet examen plus invasif étudie l'anatomie ORL au lit du patient, qui participe peu. Il est réalisé par un ORL.
- **La manométrie pharyngo-oesophagienne** enregistre les changements de pression dans le pharynx lors du passage du bolus. C'est un examen invasif qui nécessite l'introduction d'un tube par voie nasale et des capteurs placés à différents niveaux du pharynx. Il mesure l'efficacité du péristaltisme pharyngé et le tonus du sphincter supérieur de l'œsophage. Il n'identifie pas les anomalies pharyngées.

Les complications

- Pneumopathie d'inhalation (à traiter avec Amoxicilline + Acide clavulanique ou Ceftriaxone / Cefotaxime + Métronidazole).
- Déshydratation.
- Dénutrition.
- Amaigrissement.
- Dépression.
- Décès.

Prévention et prise en charge

- **Environnement :** favoriser une ambiance calme, en évitant les éléments perturbateurs tels que la télévision ou la radio. Si la personne est hospitalisée ou institutionnalisée et mange en chambre, installer le matériel à aspiration prêt à fonctionner.
- **Cavité buccale :** hygiène et entretien de l'état buccodentaire (penser aux prothèses), idéalement AVANT et APRÈS le repas.
- **Installation :**
 - Au fauteuil : à privilégier. Correctement assis, patient bien redressé (ne pas laisser le fauteuil en position de bascule arrière).
 - Au lit : à éviter le plus possible. Mais si incontournable, installer le patient en position demi-assise au lit, avec un coussin pour caler la tête.

La position de la tête recommandée est la tête inclinée vers l'avant, la position de la tête inclinée vers l'arrière accentue le risque de fausses routes et est à éviter. On peut aider cette inclinaison en calant la tête avec un coussin.

La posture du soignant : Si le patient a besoin d'aide pour s'alimenter, le soignant doit s'asseoir face ou de trois quarts face au patient. Si le patient est déficitaire suite à un AVC, le soignant se positionnera du côté déficitaire (pour induire la rotation vers le côté déficitaire).

Le soignant s'attachera à favoriser l'autonomie et l'auto-alimentation autant que possible en lui faisant manipu-

ler le matériel par exemple. Il respectera le rythme de la prise alimentaire, fractionnera les prises en proposant des quantités adaptées (environ ½ cuillère à soupe pour chaque bouchée), et évitera de le déconcentrer en n'engageant pas de discussion.

Le soignant ne doit pas être debout devant le patient, cette position obligeant l'hyperextension de la tête.

A la fin du repas ne pas rallonger le patient avant 30 minutes, et l'installer en position demi-assise afin d'éviter d'éventuels reflux œsophagiens.

■ Adaptation du matériel

Il existe de multiples aides techniques : couverts adaptés, tapis antidérapant, verre à encoche nasale ou coupe à large bord. Proscrire le verre à bec dit "canard" qui, là encore, oblige à l'hyperextension de la tête.

Concernant l'utilisation de la paille, je vous renvoie à l'article « Idées reçues » de votre Gazette.

■ Adaptation des textures

Le choix de la texture relève d'une prescription médicale.

Il est difficile de prescrire une texture totalement adaptée à un patient qui fait des fausses routes, car cette adaptation évolue dans le temps en permanence. 64 % des patients dont la texture est adaptée feraient des fausses routes. Ce domaine manque d'études, et l'idée est de s'adapter en permanence au patient lui-même, son état de fatigue, de concentration, ses goûts.

Les liquides :

A adapter en fonction de la sévérité des troubles.

Afin de stimuler la sensibilité endo-buccale, on peut utiliser de l'eau pétillante ou eau aromatisées, mais aussi faire varier les températures (froid, chaud).

Attention aux aliments qui redeviennent liquides une fois en bouche (comme la crème glacée ou la gélatine, ou certains médicaments comme le LANSOYL qui contient de la paraffine ou le TRANSIPEG qui liquéfie l'eau qui a été épaissie).

Définitions :

- **Liquide** : boisson standard comme de l'eau (non pétillante), vin, thé ou café.
- **Liquide peu épaissi** : jus de fruits avec pulpe, eau mélangée avec un peu de compote de fruits (1 cuillère à soupe de compote dans un verre standard -150 ml-).
- **Liquide épaissi** : potage, yaourt, nectars, eau mêlée de compote (3 cuillères à soupe de compote pour un verre), eau gélifiée standard.

Les solides :

Les aliments épicés, acides, salés et poivrés stimulent la sensibilité endo-buccale et peuvent éviter des fausses routes. Parallèlement à l'absorption des liquides, le choix de la texture s'adaptera au patient.

Les fibres, les graines et les aliments « collants » sont à proscrire.

Définitions :

- **Texture molle** : fruits cuits, poisson, purée de légumes.
- **Haché** : seuls les aliments durs à mâcher (viande) sont coupés à la main ou brièvement mixés.

- **Mouliné** : tous les aliments sont passés au mixeur pour lisser les morceaux durs, tout en gardant un peu la texture des aliments.

- **Mixé** : tous les aliments sont passés au mixeur pour lisser très finement les morceaux. (Essayer de ne pas mélanger les légumes avec les féculents et la viande car il est important de pouvoir différencier les goûts pour conserver du plaisir).

■ Pharmacologie

Il existe peu d'études sur un traitement préventif de la pneumopathie d'inhalation.

■ Geste chirurgical

Selon l'étiologie retrouvée de la dysphagie : traitement d'une néoplasie, d'un diverticule de Zenker.

■ Alimentation entérale

La nutrition parentérale (en intra-veineux) doit rester temporaire et exceptionnelle. L'alimentation entérale (sonde nasogastrique ou naso-jéjunale, sonde de gastrostomie ou sonde de jéjunostomie) se discute au cas par cas. Elle n'a pas de bénéfice en termes de fausses routes et de survie chez les patients déments sévères, voire elle augmenterait la mortalité.

Ce mode d'alimentation se discute chez les patients Parkinsoniens pour assurer la prise de traitement.

En règle générale, on ne pose pas de sonde si le taux d'albuminémie est inférieur à 25g/l.

Ce sujet épineux et souvent difficile à traiter sera détaillé dans le "Focus gériatrique" de ce numéro.

■ Révision du traitement

- Modifier la galénique des traitements afin d'assurer une bonne efficacité (lire le "Focus galénique" de ce numéro).

On gardera à l'esprit que tous les médicaments ne s'écrasent pas !

- Arrêter les traitements qui peuvent favoriser les troubles de la déglutition (cf. tableau des facteurs de risque).

■ Rééducation orthophonique

Elle a sa place dans la prise en charge des troubles de la déglutition. Malheureusement, elle reste limitée en gériatrie pour plusieurs raisons : patients ayant des troubles cognitifs et manque d'accessibilité aux professionnels principalement.

■ Conduite à tenir en urgence

- Si le patient est conscient et respire, ne pas le mobiliser et l'encourager à tousser.
- Si le patient étouffe et a des difficultés pour respirer, ouvrir sa bouche et retirer le corps étranger s'il est visible.

S'il ne l'est pas, 5 tapes dans le dos.

Si les tapes sont inefficaces, procéder à la manœuvre de Heimlich : le but est de déclencher le réflexe de toux et l'expulsion de ce qui a été inhalé.

Si la manœuvre de Heimlich n'est pas efficace ou impossible à réaliser, on peut utiliser la manœuvre de la table : on allonge le patient à plat ventre sur une table, ses bras et sa tête pendant devant lui, on lui donne des claques dans le dos entre les deux omoplates avec la paume de la main, on lui ouvre la bouche pour lui extraire le corps étranger.

Alterner manœuvre de Heimlich et manœuvre de la table.

- Si le patient est inconscient, démarrer une réanimation cardio-respiratoire.

En conclusion

Les troubles de la déglutition de la personne âgée, qu'on appelle aussi presbyphagie sont un effet lié au vieillissement. La fragilité est un facteur de risque.

Si on considère la presbyphagie comme un syndrome gériatrique à part entière, les gériatres doivent la dépister et la prendre en charge.

Ses étiologies sont nombreuses, mais les plus fréquentes sont neurologiques et fonctionnelles.

Les complications peuvent passer inaperçues et devenir graves : pneumopathies, déshydratation, dénutrition, jusqu'au décès.

La prise en charge est multifactorielle, on retiendra surtout l'adaptation de l'alimentation, de la posture du patient durant la prise des repas et son environnement.

Enfin, on gardera à l'esprit la possibilité d'apparition de troubles de déglutition lors d'un stress quel qu'il soit (infection urinaire, anxiété, chute ...), tout comme un vrai syndrome gériatrique. Le vieillissement physiologique est responsable d'une ostéopénie, d'une altération modeste de la fonction rénale... qui peuvent rapidement basculer dans le pathologique lorsque les capacités d'adaptation de l'organisme sont saturées. Il en est de même pour les troubles de la déglutition qui pourraient être un élément de dépistage de la fragilité.

Dr Sophie SAMSO

Pour l'association des Jeunes Gériatres

Références

- Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/ réponses, Rev Mal Respir 2009 ; 26 : 587-605, Doi : 10.1019/20094092, disponible sur http://www.omedit-centre.fr/broyage/res/Troubles_de_la_deglutition_et_pneumopathies.pdf
- Dysphagie oropharyngée : contribution des méthodes d'exploration fonctionnelle dans la pratique orthophonique, Mémoire pour obtenir le Certificat de Capacité d'Orthophoniste de l'Université de Lorraine, 2015, Marion Kessler, disponible sur <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01828909/document>
- Création et validation d'un outil de dépistage de la dysphagie en unité de gériatrie, présentation du 12 mars 2015 A-S Van der Maren, S. Delaere, N. Guerry N. Roper, S. Carlot Unité des troubles de la déglutition, disponible sur : https://aself.be/wp-content/uploads/2019/03/e%CC%81tude-ge%CC%81riatrie_aself12_3-5.pdf
- Tests de Capacité Fonctionnelle de la Déglutition, Guatterie, Lozano 1997, unité de rééducation de la déglutition – USN Tastet Girard CHU Bordeaux, disponible sur www.op17.fr/wp-content/uploads/2012/02/test_capacites_deglutition.pdf
- Infections broncho-pulmonaires de l'adulte et de l'enfant, E.PILLY.ECN 2018, disponible sur : <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecn-pilly-2018/ecn-2018-ue6-151-nb.pdf>
- Troubles de la déglutition : prise en charge du sujet âgé dysphagique, Virginie RUGLIO, orthophoniste, service de gériatrie, HEGP, Paris, disponible sur <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/annee2therapeutique/lapriseenchargedessujetsdysphagiquesMMEVRUGLIO2009.pdf>
- Groupe SFAP/SFGG « soins palliatifs et gériatrie » Aide à la prise en charge, Fiche pratique Juin 2007 - téléchargeable sur les sites de la SFAP et de la SFGG- groupe gériatrie et soins palliatifs p 1 Troubles de la déglutition chez le sujet âgé en situation palliative, disponible sur <http://www.sfap.org/system/files/troubles-deglutition-sujet-age-situation-palliative.pdf>
- La déglutition en images Nathalie GAYRARD – Orthophoniste Service de neurologie – Hôpital Delafontaine, disponible sur : http://www.crftc.org/images/articles/Gaynard_La-deglutition-en-images%20-PT2.pdf
- Troubles de la déglutition : de l'état buccodentaire à la fausse route, importance de l'hygiène buccodentaire en gériatrie, A.Bodineau, C. Boutelier, P.Viala, D.Laze, M.Desmarest, L.Jonneaux, M.Follinguet, C.Trivalle, Groupe EPP buccodentaire de l'Hôpital Paul-Brousse, NPG, Vol 7, N° 40 - août 2007 pp. 7-14.
- Doi : NPG-08-2007-7-40-1627-4830-101019-200704161, disponible sur <https://www.em-consulte.com/en/article/133640>
- La bouche : à ne pas négliger... chez les patients atteints de DTA Marie Hélène Lacoste Ferré Pôle Gériatrie CHU Purpan Casselardit Garonne TOULOUSE, disponible sur http://www.medecine.ups-tlse.fr/du_diu/2019/2019_03/La%20bouche.pdf
- Autonomes à domicile, aidons-les à bien vieillir chez eux, 4 aides techniques contre les troubles de la déglutition, disponible sur <https://autonome-a-domicile.com/troubles-de-la-deglutition-et-aides-techniques/>
- Troubles de la déglutition dans l'Accident Vasculaire Cérébral Détection et conduite à tenir, Comité de Liaison Alimentation nutrition (CLAN) CHU Limoges, disponible sur http://www.chu-limoges.fr/IMG/pdf/470_-_troubles_de_la_deglutition_avc.pdf

L'ARRÊT DE L'ALIMENTATION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

« VOUS N'ALLEZ TOUT DE
MÊME PAS LE(LA) LAISSER
MOURIR DE FAIM ! »

Cette interpellation, parfois agressive, toujours anxieuse, peut vous être adressée par des familles désemparées, face à l'impossibilité de nourrir leur proche. En effet chez la personne âgée, notamment dans les phases avancées des maladies neuro-dégénératives, les aidants sont fréquemment confrontés à la difficulté voire à l'impossibilité d'alimenter le malade.

Après avoir examiné les causes d'une telle situation, nous verrons les conséquences de la privation de nourriture, le cadre légal et les recommandations qui peuvent nous guider dans ces circonstances difficiles. Enfin, nous terminerons par la conduite à tenir en cas de fin de vie par jeûne tant à l'égard du patient que de son entourage.

Les circonstances

Les causes d'une difficulté à alimenter une personne âgée sont multiples et il est essentiel d'en faire une analyse exhaustive et de ne pas se contenter de la mention générique « refus alimentaire », souvent erronée. Une description objective détaillée des symptômes et attitudes de la personne face aux repas est indispensable... mais parfois difficile tant les affects sont importants. L'examen doit avant tout éliminer les causes curables d'une perte d'appétit : douleurs, dépression, infections, mycose ou plaies buccales, médicaments... avant d'envisager :

Les troubles du comportement alimentaire

Fréquents notamment dans les stades avancés des maladies neuro-dégénératives (20 à 25 % selon les études¹). La personne joue avec les aliments, les garde

en bouche, voire les recrache : elle ne reconnaît plus l'aliment (gnosie), ne sait plus le mâcher et/ou l'avaler (praxie), ne parvient pas à se concentrer sur le moment du repas (attention)... L'adaptation de la texture, l'attention à l'environnement, l'aide apportée... ne suffisent malheureusement pas toujours à améliorer la situation.

Les troubles de la déglutition

Apparaissant aux stades avancés de la maladie neuro-évolutive, ils peuvent aussi être liés aux séquelles d'accidents vasculaires cérébraux. Evidents lorsqu'ils s'accompagnent de quintes de toux voire d'étouffement lors de la déglutition, ils peuvent parfois être discrets (voix qui se mouille lors du repas, encombrement post prandial...) et être à l'origine de pneumopathies d'inhalation récidivantes.

Ils doivent conduire à l'adaptation des textures mais peuvent être à l'origine d'une réduction voire d'un arrêt de l'alimentation en cas d'inconfort majeur après chaque repas.

Le refus alimentaire

Difficile à diagnostiquer chez la personne âgée, car il est rarement exprimé notamment en cas de troubles cognitifs. Ce doit être un diagnostic d'élimination : une bouche qui se serre, la tête qui se détourne lorsque la nourriture est proposée sont des signes qui peuvent orienter vers un refus. Il faudra tenter de donner un sens à ce refus : refus d'opposition que l'on peut rencontrer lors d'une entrée non désirée en institution, refus de résignation lorsque le désir de vivre s'épuise et que la qualité de vie devient médiocre...

Les conséquences du jeûne prolongé

En cas de jeûne prolongé, le corps utilise d'abord ses réserves de glycogène, puis une néoglycogénèse débutera par catabolisme des protéines enfin des corps cétoniques issus des acides gras. C'est par affaiblissement progressif des réserves que surviendra le décès. Le délai entre l'arrêt de l'alimentation et le décès est variable et dépend de l'état nutritionnel initial et de la persistance ou non d'une alimentation résiduelle. Néanmoins la durée est généralement de quelques semaines et peut dépasser un mois. La question de l'arrêt simultané de l'hydratation doit être impérativement abordée, lorsqu'existent des souffrances associées incontrôlables, permettant d'éviter la prolongation du processus de mort.



La question souvent abordée par les familles est celle de la sensation de faim. Celle-ci est le plus souvent déjà réduite dans les phases avancées de la maladie neuro-dégénérative et, lors du jeûne expérimental, on constate

une réduction progressive de la sensation de faim (notamment par la production de corps cétoniques).

Cadre légal et recommandations

Le cadre légal

Le droit au refus est reconnu par la loi depuis 2002 mais concerne les traitements : « Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. » (Article L. 1111-4). Concernant l'alimentation, dans le contexte, certes différent, du jeûne protestataire chez des personnes détenues, la Cour Européenne des Droits de l'Homme a confirmé à deux reprises que la réalimentation forcée constituait un traitement proche de la torture lorsque la réalimentation se faisait contre la volonté de la personne².

Lorsque l'alimentation orale n'est plus possible, la loi Clayes Léonetti permet de ne pas entreprendre une nutrition artificielle : « Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, (les traitements) peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris (...) La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés » (Art. L. 1110-5-1).

Les recommandations

L'impossibilité d'alimenter la personne pose inmanquablement la question de la nutrition artificielle.

Dans le contexte de l'évolution des maladies neurodégénératives, deux méta-analyses ont démontré le peu d'intérêt d'une nutrition artificielle en termes de survie, de prévention des complications et de qualité de vie³. Les recommandations européennes sur la prise en soins des démences avancées précisent ainsi que « la nutrition entérale artificielle prolongée ne semble pas bénéfique et devrait donc être évitée dans la démence ; une nutrition orale précautionneuse est préférable »⁴. Il s'agit alors d'abandonner l'objectif nutritionnel, pour privilégier « l'alimentation-plaisir ».

Décision et accompagnement

Arrêter ou réduire l'alimentation reste une décision difficile, qui peut néanmoins devenir indispensable quand le repas devient source de souffrance, d'appréhension, de rejet. Une discussion incluant le patient (lorsque cela est possible), les proches et les soignants doit être organisée. S'il est essentiel d'associer les proches à la réflexion, il ne faut pas pour autant faire peser la décision sur eux.

Accompagnement du patient

L'arrêt de l'alimentation ne signifie pas l'arrêt des soins. L'alimentation a un rôle social majeur : cesser d'alimenter le patient ne doit pas conduire à son isolement.

Le repas est, notamment en institution, un des rares moments de présence auprès du patient et il faudra réfléchir à les compenser.

A ce stade, il faut se rappeler que la prise en soins est clairement palliative c'est-à-dire centrée sur le contrôle des symptômes pénibles, y compris lorsque leur traitement conduit à raccourcir l'espérance de vie (Art 1111-5).

Des proches

Lors d'un arrêt ou d'une réduction majeure de l'alimentation, les proches sont le plus souvent en grande souffrance. L'alimentation porte une importante valeur symbolique et donner à manger reste

parfois le dernier contact avec le proche. De plus l'arrêt de l'alimentation annonce la fin proche de la personne âgée.

Il faut accompagner régulièrement les proches en essayant de leur donner une nouvelle place notamment à ceux qui aidaient au repas.

Des soignants

Les soignants sont également en souffrance se sentant en défaut d'assurer les soins, l'alimentation étant un soin de base. Il s'agira de redéfinir les objectifs de soins en réinvestissant le temps du repas par d'autres soins (toucher thérapeutique, soins de bouche).

Les messages essentiels

- Dépasser le terme générique "refus alimentaire" par une recherche exhaustive des causes de la difficulté à alimenter le patient.
- Les troubles du comportement alimentaire et les fausses routes sont les signes de l'état avancé de la maladie ; une nutrition artificielle n'allongera pas l'espérance de vie de la personne mais risque de dégrader sa qualité de vie.
- Le jeûne ne cause pas de souffrance ; la faim étant le plus souvent absente chez la personne malade.
- L'alimentation entérale par sonde nasogastrique ou par gastrostomie, n'améliore pas la qualité de vie, expose à diverses complications et elle n'empêche pas la survenue de pneumopathies d'inhalation.
- L'accompagnement est essentiel tant celui du patient (attention portée aux symptômes pénibles dans une démarche palliative) que celui des proches (soutien psychologique) et des soignants (nouveau sens donné aux soins).

Vous trouverez d'autres éléments de communication dans le très bon document de la SFAP « Il va mourir de faim, il va mourir de soif » : que répondre ? <http://www.sfap.org/system/files/il-va-mourir-faim-rev2012.pdf>

Dr Patrick RARCHER
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

1. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs_argumentaire.pdf
2. https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/refus_alimentation.pdf
3. Sampson EL, Candy B, Jones L, Enteral tube feeding for older people with advanced dementia, Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;(2) ; Joanne B, Omorogjeva O, Enteral Nutrition in Dementia: A Systematic Review, Nutrients. 2015 Apr; 7(4): 2456–2468.
4. Van der Steen JT et al., White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care Palliative Medicine 2014, Vol. 28(3) 197–209.

CUISINIER MÉDICO-SOCIAL

Dans notre numéro spécial « Troubles de la déglutition », nous avons souhaité mettre en lumière un métier de l'ombre, capital dans la bonne prise en charge nutritionnelle de nos patients.

Monsieur Loïc Le Thoër est Chef de cuisine à l'EHPAD Sainte-Marie à Etagnac, en Charente. Il œuvre au quotidien à améliorer la cuisine en collectivité, notamment en travaillant les différentes textures, qui peuvent repousser les résidents. Il invente et innove chaque jour pour que manger reste un plaisir.

Il a accepté de répondre à nos questions, et nous l'en remercions chaleureusement.

Quelle a été votre formation ?

J'ai suivi une formation au lycée hôtelier de Poitiers jusqu'au Bac Professionnel.

Le métier nous appelant à la curiosité et au voyage, j'ai enchaîné les saisons été/hiver dans toute la France, dans des restaurants traditionnels ainsi qu'étoilés.

Pouvez-vous nous décrire votre parcours professionnel ? Comment êtes-vous arrivé à travailler en EHPAD ?

J'ai effectué plusieurs voyages en Suisse pour me former, et découvrir une autre approche du métier.

Et je dirais simplement que de travailler à Sainte-Marie a été une opportunité et un nouveau challenge professionnel.

La rencontre d'un directeur passionné de cuisine et voulant faire évoluer le métier de cuisinier en EHPAD a joué pour beaucoup.

En quoi consiste votre travail au quotidien au sein de l'EHPAD ? Quelle est la différence avec un cuisinier « classique » ?

Mon travail aujourd'hui n'a guère changé d'un restaurant, la devise reste identique, donner du plaisir aux résidents, les écouter et partager.

Est-ce un coût important pour un EHPAD que de faire appel à vos services ?

Le coût reste modeste, puisqu'il faut repenser les menus et l'organisation au quotidien avec l'équipe. Il faut sortir des bouillies infâmes, pas attractives visuellement.

Quels sont les objectifs que vous vous donnez pour vos résidents ?

Partager et comprendre les besoins des résidents reste primordial pour avancer. Le cuisinier reste acteur et soignant au même titre que ses collègues des autres services.

La passion doit être collective au sein de l'équipe pour valoriser le travail au quotidien.

Aujourd'hui nous recevons nos grands-parents, et demain nos parents, les habitudes alimentaires changeront encore. Il faut anticiper et former le personnel.

Ce beau métier reste un éternel échange intergénérationnel.

Pouvez-vous nous donner quelques astuces ou idées recettes ?

Il y a des recettes de base pour modifier les textures.

Une carotte pourra être déclinée de différentes façons :

- Râpée.
- Mousse.
- Fondante à basse température.
- Smoothie.

Il suffit juste de connaître les besoins et attentes du résident.



A titre d'illustration, M. Le Thoër nous a autorisé à vous donner cette recette de la tarte Tatin.

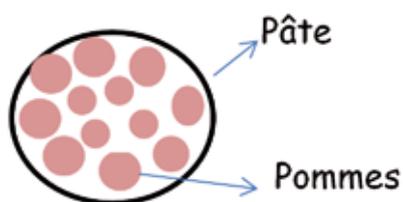
Recette de la Tarte Tatin adaptée aux résidents avec des troubles de la déglutition :

- Laver et éplucher 4 pommes. Tailler en cubes et réserver.
- Réaliser un caramel avec 50 g de sucre et 1 cuillère à soupe d'eau. Ajouter 25 g de beurre en fin de cuisson.
- Ajouter les pommes en cubes et cuire à couvert.
- Ajouter 200 g d'eau et 40 g d'easy base.
- Mixer et mouler. Refroidir.

Pour réaliser la pâte :

- Prendre 60 g de palets bretons (plus de goût).
- Fondre les palets dans 50 g de lait, 1 cuillère de vanille liquide et 40 g d'easy base.
- Mouler et refroidir.

Dressage :



- Remise en température à 80 ° pendant 4 minutes.

Bonne dégustation !

Loïc LE THOËR
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SUJETS AUX FAUSSES ROUTES À DOMICILE



L'une des complications malheureusement classiques d'une personne âgée dépendante, aboutissant à une hospitalisation voire au décès de cette personne est la pneumopathie d'inhalation, provoquée par une fausse route.

Méconnaissance du dépistage et des enjeux

En interrogeant l'entourage familial sur les circonstances de l'apparition de fausses routes, force est de constater que le repérage des signes de fausse route n'est pas acquis. De ce fait la prise en charge ne peut pas être adaptée. Si des questions précises sont posées, la présence de fausse route peut plus facilement être repérée.

« Votre mari tousse-t-il lorsqu'il boit ? », « Tousse-t-il souvent après avoir fini son repas ? », « Garde-t-il longtemps les aliments dans la bouche ? », « Met-il du temps à avaler ? ».

Une fois le repérage réalisé, il convient d'expliquer l'enjeu d'une prise en charge adaptée pour limiter la récurrence de fausses routes. La fausse route, même occasionnelle, doit être expliquée à l'entourage comme étant un signe à prendre en considération immédiatement de façon à proposer des aménagements (autre type de repas, texture, positionnement : cf. la fiche pratique page 17).

Il ne s'agit pas d'inquiéter outre mesure l'entourage. Mais montrer que des gestes et des techniques simples, à la portée de tous, sont des mesures efficaces. Il est d'importance d'expliquer qu'un positionnement adapté en station assise permet de limiter l'apparition de fausse route.

"Qui d'entre nous peut avaler sans tousser en position couchée ?"

Les conseils d'adaptation des textures proposée doivent être suivis pour chaque repas. Ainsi le choix de la texture devra rester le même, que ce soit pour le café du matin, ou les boissons de la journée.

« Madame I. avait bien compris la nécessité de donner de l'eau gélifié à son mari, mais continuait à lui servir son café habituel au petit-déjeuner ! »

Charge de travail et diversification

Une des plaintes évoquée par les aidants est la charge supplémentaire liée à la préparation des repas. Certains aidants souhaitent évidemment continuer à prendre un repas « normal » avec morceaux et imaginent devoir cuisiner deux repas totalement différents. Bien évidemment, il est possible de mixer la viande et d'écraser les légumes !

D'autres encore se plaignent de ne pas proposer de diversité dans les repas confectionnés. Certains sites internet proposent des menus mixés savoureux et variés, voir par exemple l'application *ARSLA Mixiton*.



Rééducation

Dès le repérage de fausse route, la prise en charge en orthophonie peut être une aide efficace. La rééducation à la déglutition peut être débutée précocement et se poursuivre par l'apprentissage de techniques facilitatrices. Ne pas hésiter à contacter l'orthophoniste de l'établissement ou proposer au médecin traitant d'en parler à l'orthophoniste avec qui il a l'habitude de travailler.

La fiche technique ci-contre décrit quelques conseils à mettre en place. Bien que simples, leur mise en place nécessite un accompagnement des aidants par des professionnels (médecin, infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute...) pour leur apporter des explications au début de leur mise en place et régulièrement pour vérifier que ces conseils soient bien appliqués.

Patricia BAECHLER
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

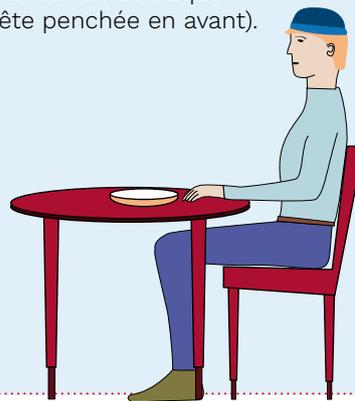
La posture : le risque de fausse route peut être augmenté si l'installation n'est pas adaptée.

Pour les personnes alitées : Relever la tête du lit pour redresser le dos au maximum.



Pour les personnes assises (position vers laquelle il convient de tendre) :

Le dos le plus droit possible, bien en face de son assiette, rechercher une flexion de nuque (tête penchée en avant).

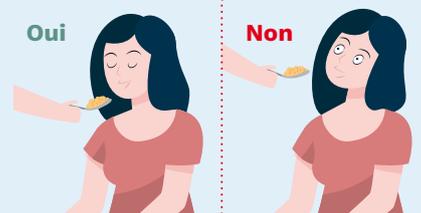


Si la personne ne mange pas seule :

Amener la cuillère vers la bouche pour inciter à une flexion antérieure de la nuque.

S'asseoir au même niveau qu'elle pour favoriser cette position.

L'extension de la nuque (vers l'arrière) favorise l'apparition de fausses routes.



L'environnement

Prendre ses repas dans un environnement calme : limiter les distractions visuelles et auditives dérangeantes (télévision, radio, discussion animée autour de la personne...).

Certaines personnes doivent soutenir leur attention pour prendre leur repas.

Le comportement

- ➔ Ne pas perdre de vue qu'assister une personne présentant un risque de fausses routes au repas prend du temps ! Parce que cette opération demande un effort de concentration, de cheminer séquence après séquence pour bien respecter chaque consigne.
- ➔ Laisser le temps à la personne d'avaler bouchée après bouchée, respecter ce rythme lent sans précipitation.
- ➔ Vérifier la quantité prise sur la cuillère (petite quantité).
- ➔ Veillez à ce que la prise de tout un repas ne provoque pas de fatigue et par conséquent d'éventuelles fausses routes.

Les consignes

- ➔ Bien pincer les lèvres.
- ➔ Appuyer doucement la cuillère sur la langue pour mieux stimuler la déglutition.
- ➔ Faire déglutir à vide entre chaque bouchée.
- ➔ Ne pas faire parler la personne en même temps qu'elle avale.
- ➔ Vérifier qu'il ne reste aucun résidu alimentaire dans la bouche en fin de repas.
- ➔ Laisser la personne en station assise au moins 30 mn après la fin du repas (les fausses routes peuvent apparaître à distance de la prise alimentaire sous la forme de toux ou de voix « mouillée »).

Les textures

Homogène : pas de texture différente dans un même plat.

Gradation des textures pour les solides en fonction des capacités de la personne : lisse, puis mixé puis haché. Les plats épicés stimulent la sensibilité buccale.

Évitez les aliments qui s'éparpillent : quelques exemples (riz, semoule), trop secs (biscotte), collants (purée épaisse, petit-suisse) fibreux (asperge, poireau).

Pour les liquides : boissons gélifiées (gélatine, agar, ou toutes faites dans le commerce) puis épaissies. Préférez les boissons pétillantes, très froides ou très chaudes (mais attention aux brûlures...) encore une fois qui stimulent la sensibilité buccale.

Le matériel

Pour éviter les bouchées trop grosses, choisir une cuillère à dessert.

Pour éviter l'extension de la nuque (toujours elle...) :

- ➔ Ne pas utiliser de verre à bec (« canard »).
- ➔ Remplir le verre au maximum.
- ➔ Proposer un verre à encoche nasale.
- ➔ Utilisation d'une paille : après avoir vérifié que la personne maîtrise l'aspiration.



IDÉES REÇUES SUR LES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION

« Il ne tousse pas quand il mange, il ne fait donc pas de fausses routes ! ».

FAUX



L'absence de toux, par abolition du réflexe tussigène, ne signifie pas absence de fausse route.

Il faudra évoquer des troubles de la déglutition devant **des signes audibles** plus mineurs que la toux violente isolée : toux différée après la déglutition, raclements de gorge discrets, voix mouillée ou rauque après plusieurs bouchées ou à distance de la prise des repas ou des boissons.

Mais aussi devant **des signes visibles** : bavage, stagnation alimentaire en bouche, jusqu'au refus alimentaire, apnée prolongée et modifications respiratoires, suffocations.

D'autres signes doivent évoquer les troubles de la déglutition : perte de poids, dénutrition, déshydratation, pneumopathies récidivantes et épisodes fébriles inexpliqués, encombrement bronchique chronique...

« De toute façon, il vaut mieux qu'il avale de travers plutôt qu'il ne mange pas du tout ».

FAUX



La déglutition a deux fonctions :

- Une fonction alimentaire qui permet de transporter les aliments de la bouche jusqu'à l'estomac.
- Une fonction de protection des voies respiratoires par la fermeture des voies aériennes par l'abaissement de l'épiglotte et permettre ainsi l'évacuation du bol alimentaire qui arrivent dans le pharynx vers l'œsophage.

C'est pourquoi les troubles de la déglutition remettent parfois en cause le pronostic vital par leur retentissement sur l'état nutritionnel (dénutrition) mais aussi sur l'état respiratoire (risque de pneumopathie d'inhalation, jusqu'à l'asphyxie et le décès).

« Il suffit de "mouiller" les aliments durs avec du liquide ».

FAUX



L'alimentation est à adapter et la texture à modifier.

La texture plus ou moins lisse doit être homogène et ne pas comporter de morceaux : éviter les textures mélangées et fragmentées.

Les bouchées hétérogènes, de par le poids des différents aliments, n'auront pas la même vitesse de passage dans le carrefour aéro-digestif, et pourront provoquer des fausses routes.

« Il a de bonnes dents et mastique bien, pas besoin de changer de texture ».

FAUX



L'état buccodentaire n'est effectivement pas à négliger. En effet, une mauvaise hygiène buccodentaire ou des pathologies spécifiques (au niveau des dents, prothèses, problèmes salivaires, candidoses, etc.) peuvent être à l'origine de troubles de la déglutition durant le temps buccal.

Mais les fausses routes peuvent survenir sur les 3 temps de la déglutition (temps buccal, temps pharyngé ou le temps œsophagien) et être dues à d'autres étiologies.

« S'il fait des fausses routes avec les liquides, on n'a qu'à lui donner une paille ».

VRAI



Ce qu'il faut retenir, c'est qu'il faut boire sans avoir à lever la tête.

Quand on boit avec une paille, on n'incline pas la tête en arrière et on est obligé de se pencher en avant, ou du moins à garder la hauteur moyenne.

Mais l'utilisation de la paille ne conviendra pas si les troubles de la déglutition sont importants, car on peut aspirer trop de liquide d'un coup et donc faire une fausse route.

**et
FAUX**



La paille n'est pas adaptée à tous les patients.

Il existe des pailles anti-reflux UNIFLOW, le liquide reste dans la paille entre chaque aspiration, réduisant ainsi l'aspiration d'air. Elles sont idéales pour les personnes ayant une capacité de respiration limitée.

« S'il est allongé, il avalera mieux ».

FAUX



La posture du patient lors du repas fait partie des mesures à mettre en place, au même titre que l'adaptation de la texture.

Il doit être assis, buste droit ou légèrement vers l'arrière (maximum 30°) en assurant un alignement tête-tronc et menton sur la poitrine.

- En position assise au fauteuil : l'adaptable est réglé à hauteur d'estomac du patient.
- En position assise au lit : les jambes sont légèrement fléchies pour maintenir la position confortable.

Dr Sophie SAMSO
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

http://www.omedit-centre.fr/broyage/res/Troubles_de_la_deglutition_et_pneumopathies.pdf

<http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/annee2therapeuthique/lapriseenchargedessujetsdysphagiquesMMEVRUGLIO2009.pdf>

<http://www.sfap.org/system/files/troubles-deglutition-sujet-age-situation-palliative.pdf>

http://www.crftc.org/images/articles/Gaynard_La-deglutition-en-images%20-PT2.pdf

<https://www.em-consulte.com/en/article/133640>

http://www.medecine.ups-tlse.fr/du_diu/2019/2019_03/La%20bouche.pdf

<https://autonome-a-domicile.com/troubles-de-la-deglutition-et-aides-techniques/>

http://www.chu-limoges.fr/IMG/pdf/470_-_troubles_de_la_dglutition_avc.pdf

QUOI DE NEUF DANS L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES ?

En novembre dernier, pendant les 39^{èmes} JASFGG, nous avons eu le plaisir de vous accueillir sur notre stand, et de vous y présenter l'association. Le mug réutilisable estampillé AJG a d'ailleurs rencontré un franc succès !!

En marge du congrès, nous avons tenu notre assemblée générale et renouvelé notre conseil d'administration. Il compte désormais 17 membres, venant de toute la France (et même du Québec) !

Les nouveaux membres du conseil d'administration de l'AJG sont :

Amélie Boinet, (Lille)	Alexandre Boussuge (Strasbourg)	Pierre-Emmanuel Cailleaux (Paris)	Arnaud Caupenne (Poitiers)	Guillaume Chapelet (Nantes)
Guillaume Ducher (Clermont-Ferrand)	Guillaume Duval (Angers)	Fanny Durig (Douai)	Thomas Gilbert (Lyon)	Claire Godard Sebillotte (Quebec)
Florent Guerville (Bordeaux)	Nathalie Jomard (Lyon)	Victoire Leroy (Lille)	Matthieu Piccoli (Paris)	Sophie Samso (Angoulême)
	Thomas Tannou (Besançon)		Romain Van Overloop (Toulon)	

Le nouveau bureau est composé de :

Président : Matthieu Piccoli (Paris).

Vice-présidente : Nathalie Jomard (Lyon).

Trésorière : Victoire Leroy (Lille).

Secrétaire : Fanny Durig (Douai).

Porte-parole : Arnaud Caupenne (Poitiers).

Ancien président de l'association et dernièrement trésorier, le Dr Guillaume DUCHER a été chaleureusement remercié pour le

dynamisme qu'il a redonné à l'AJG et pour tous les services rendus quotidiennement ! Guillaume est désormais Président d'honneur de l'association ! Il reste le webmaster et membre du conseil scientifique de l'association.

Ancien membre du bureau également, le Dr Cyprien ARLAUD a lui aussi été chaleureusement remercié pour le travail accompli.

Journées et congrès en 2020

La 2^{ème} journée annuelle des jeunes géiatres devait se tenir début avril à Lille. Malheureusement, avec l'épidémie de COVID19, nous avons pris la décision de la reporter. Rendez-vous donc à l'automne, toujours à Lille, pour parler chute et néphro-gériatrie (avec la participation du Club des Jeunes Néphrologues). Nous vous communiquerons la date très prochainement !

L'AJG devrait participer également à la réunion annuelle du CJN, qui devait avoir lieu mi-mai 2020 et devrait être reportée. Nous espérons pouvoir y retrouver Matthieu, notre président, autour du thème "l'enfer, c'est les autres !".

Pour plus d'informations et vous inscrire : contact@cjnephro.com Arnaud, notre porte-parole, représentera l'AJG à SANTEXPO, le salon international santé et innovation, organisé par la Fédération Hospitalière de France du 7 au 9 octobre 2020. Il participera à une table ronde sur l'attractivité du métier de géiatre. L'occasion de rappeler notre implication forte dans la campagne :

#JesuisGeriatre et la campagne AUDACE de cette année, avec l'ANAIG !

Nous sommes enfin partenaires du congrès "Prescriptions & Parcours adaptés aux personnes âgées" du 3 au 5 juin prochains, organisé à Issy-les-Moulineaux, sous la présidence des Prs Jeandel

et Hanon et sous le Haut Patronage du Ministère de la Santé.

De nombreux thèmes et interventions sont développés, avec une grande présence des Jeunes Géiatres ! Vous pourrez y retrouver les fameux guides PAPA, à toujours avoir dans la poche !

Vous pouvez déposer vos propositions de communication sur le site : <https://tppa.fr/>. Profitez également d'un partenariat pour financer 15 inscriptions au congrès !

Enfin, à la fin de l'été, nous présiderons le symposium Jeunes lors du congrès de la Société Francophone de Psycho-gériatrie et Psychiatrie de la Personne Agée (SF3PA) qui aura lieu à Brest le 18 et 19 septembre 2020. L'appel à communication est lancé si vous souhaitez communiquer (inscription et hébergement offerts si votre communication est retenue !).



Nos partenaires

Pour mener à bien tous nos projets, nous avons reçu de nombreux soutiens !

L'AJG remercie les partenaires qui lui ont permis en 2019 d'organiser la JAAG à Lyon et de financer notre stand aux JASFGG : Remercions ainsi MEDISSIMO, outil de distribution sécurisé de médicaments et le Groupe Pasteur Mutualité, qui propose mutuelle, responsabilité civile, prévoyance aux professionnels de santé.



Pour l'année 2020, nous pouvons également compter sur le soutien du laboratoire Pfizer - vaccination et du laboratoire Mylan, qui seront présents à Lille. Vous trouverez des renseignements sur l'ensemble de nos partenariats sur le site internet assojeunesgeriatres.fr



L'activité scientifique

Nous menons actuellement une étude sur le parcours professionnel des jeunes géiatres ! Vous pouvez toujours y participer :

- En flashant le QR code



- En recopiant le lien internet suivant : <https://bit.ly/2RD80Zm>
- Nous continuons à alimenter notre espace membre du site internet en revues bibliographiques, échanges

de documents ! N'hésitez pas à nous faire signe si vous souhaitez partager du contenu scientifique avec les adhérents.

Le partenariat avec le magazine GPNV continue en 2020 ! Nous offrons un abonnement en version numérique à tous nos adhérents (disponible via l'espace membres). Nous contribuons aussi à la production scientifique du magazine en intégrant le comité de relecture

pour certains articles écrits par des jeunes. Si vous avez besoin d'aide pour aller au bout de publications, n'hésitez pas à nous écrire !

Nous avons enfin un partenariat avec la Revue de Gériatrie pour des travaux de bibliographie notamment.



Bref, l'actualité s'annonce riche en 2020 pour l'association, et si vous souhaitez vous impliquer dans certaines missions, n'hésitez pas à nous contacter par mail jeunesgeriatres@gmail.com.

En vous remerciant pour votre fidélité, votre soutien et pour le dynamisme que vous nous aidez à mettre auprès des Géiatres en début de carrière !

Gériatriquement vôtre,
Le CA de l'AJG

UTILISATION DES INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Le point de vue du pharmacologue

La pompe à protons ou H^+/K^+ -ATPase est composée de 3 sous-unités. La sous-unité alpha, comporte 10 segments transmembranaires, hydrolyse l'ATP et assure les transferts ioniques qui consistent en l'échange d'un proton envoyé dans la lumière de l'estomac contre un ion K^+ . Le gradient potassique nécessaire à cet échange est assuré par des canaux K^+ . Elle est localisée dans des vésicules intracellulaires en dehors des repas et transloquée à la membrane luminale des cellules pariétales des microvillosités de l'estomac suite à une prise alimentaire (Figure 1). L'expression des vésicules intracellulaires à la membrane luminale est médiée par une phosphorylation, qui elle-même est due à une stimulation des récepteurs H_2 de l'histamine, qui sont activés lors de la mise en route de la digestion par activation vagale (Figure 2).

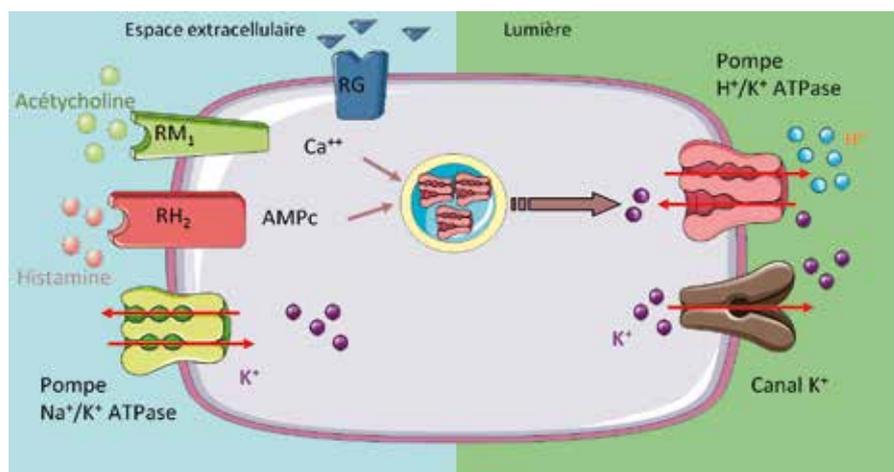
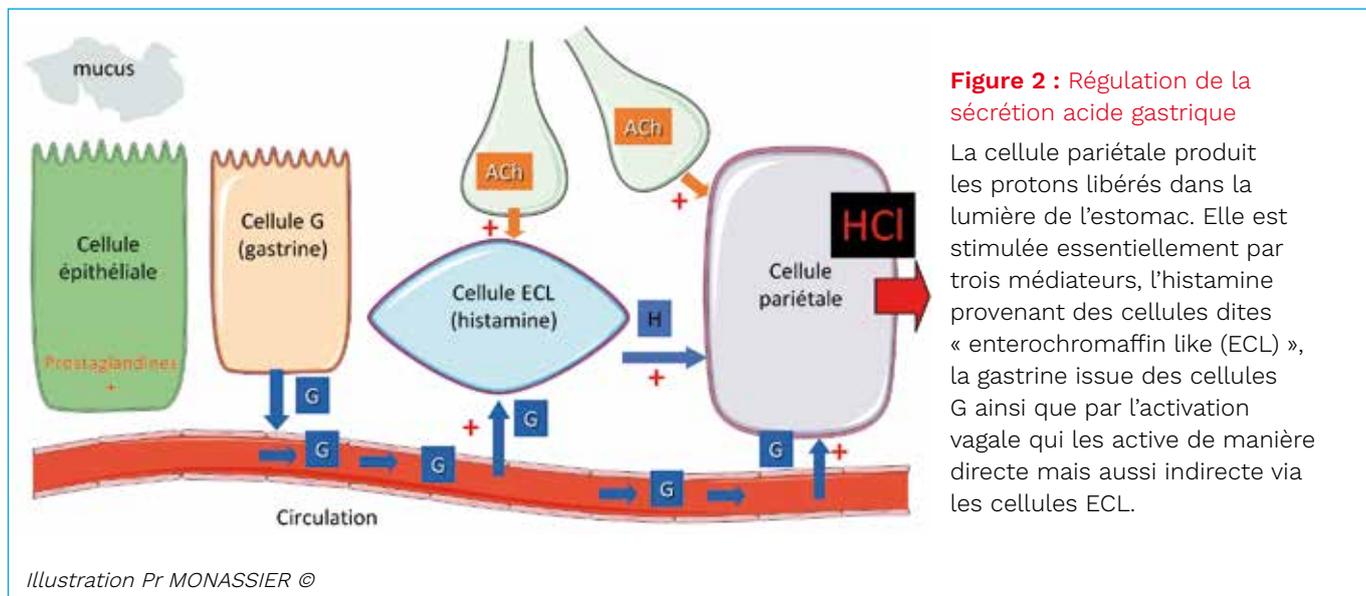


Illustration Pr MONASSIER ©

Figure 1 : Régulation fonctionnelle de la cellule pariétale

Les pompes à protons échangent un proton contre un ion potassium grâce à un gradient de potassium maintenu par des canaux potassiques et la Na^+/K^+ ATPase. Ce phénomène ne peut se faire que lorsque les pompes sont exprimées à la membrane plasmique lors des repas suite à l'activation parasympathique et la stimulation des récepteurs muscariniques M_1 . La gastrine et l'histamine via les récepteurs H_2 conduisent au même effet. A noter que si les anti- H_2 sont arrivés sur le marché des antisécrétoires gastriques, les bloqueurs du récepteur de la gastrine n'ont pas atteint le stade de l'application clinique.



Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont des bases faibles qui nécessitent une activation par protonation dans un environnement acide ($\text{pH} < 4$) trouvé dans les canalicules des cellules pariétales. A $\text{pH} 1$ dans l'estomac ces molécules sont majoritairement sous forme ionisée et donc non résorbées. Cette notion explique que l'administration de ces médicaments se fasse au sein de gélules gastro-résistantes, qu'il faut autant que possible éviter d'ouvrir, pour qu'ils puissent atteindre leur lieu d'absorption (l'intestin grêle).

Cette propriété physicochimique conduit à leur forte accumulation et donc leur activation dans la paroi gastrique où leur concentration devient rapidement 1000x supérieure à celle trouvée dans le sang après une prise orale. Cette protonation conduit à la formation de sulfénamides tétracycliques qui sont les substances actives. Ces sulfénamides vont former, lors du passage d'un proton dans la pompe, des ponts disulfures irréversibles ou très partiellement réversibles conduisant au blocage définitif des pompes exprimées à la membrane, les pompes intracellulaires ne pouvant être atteintes. Les IPP doivent donc être administrés environ 30 minutes avant le repas pour pouvoir agir sur ces pompes à localisation membranaire. Ainsi, on considère que suite à une première prise matinale, 70 % des pompes à protons sont exprimées et donc accessibles à ce blocage irréversible. Au bout de 24 heures, 20 % des pompes ont été resynthétisées ce qui veut dire que 50 % sont encore bloquées. Au rythme de 1 comprimé par jour, un équilibre thérapeutique est obtenu en 3 à 5 jours avec un blocage portant sur environ 66 % des pompes. Le passage à un traitement dit « double dose » doit comporter deux prises/jour (il est inutile de doubler la dose par prise compte tenu des concentrations énormes obtenues dans les canalicules suite à la prise d'une dose) espacées de 8h et conduit à un blocage d'environ 80 % des pompes. On peut aussi noter ici que les IPP injectables ne sont pas plus efficaces que les IPP administrés par voie orale, toujours du fait de l'accumulation au voisinage des cellules pariétales. Les IPP injectables n'ont donc un intérêt que chez les sujets ne pouvant être traités par des formes orales.

Sur le plan pharmacocinétique et en dehors des aspects de résorption, il existe à la fois des similitudes et des différences entre les produits. L'oméprazole, l'ésoméprazole, le pantoprazole, le lansoprazole et le rabéprazole sont tous majoritairement métabolisés par le cytochrome P450 2C19 (CYP2C19) et en moindres proportions par le CYP3A4. Cette notion a deux conséquences pratiques. La première est qu'il existe des variations génétiques concernant l'activité de ces cytochromes se répercutant sur des variations possibles de réponse clinique. La deuxième est que certaines molécules peuvent interférer avec le métabolisme d'autres médicaments passant par les mêmes cytochromes. Ainsi on a décrit une inhibition du métabolisme de la carbamazépine, du diazépam, de la phénytoïne, du méthotrexate, de la nifédipine ou de la warfarine par une molécule comme l'oméprazole.

A ce titre le rabéprazole semble être le seul IPP n'inhibant aucun cytochrome et donc a priori le moins pourvoyeur d'interactions médicamenteuses. On a suspecté des interactions avec le clopidogrel dont la prodigue ne pourrait être activée en présence d'IPP inhibiteurs du CYP2C19. Cette interaction théorique est débattue sur le plan clinique (Cf infra). Compte tenu du temps de demi-vie d'élimination très faible des IPP (1 à 2h), un simple décalage des prises devrait supprimer tout risque interaction. C'est probablement pour cette raison qu'il est difficile de démontrer sa pertinence clinique. A noter que l'oméprazole et son isomère actif, l'ésoméprazole, sont des inducteurs du CYP1A2. Nous avons montré que cette induction peut avoir pour conséquence clinique de déstabiliser l'INR par majoration du métabolisme de la fluindione, l'acénocoumarol et la warfarine n'étant pas affectés (Ayme-Dietrich et coll, 2016). Dans le cas décrit, la substitution de l'ésoméprazole par du rabéprazole avait permis de renormaliser l'INR.

S'il est important de considérer les interactions médicamenteuses métaboliques impliquant les IPP, on doit encore rappeler les interactions inhérentes à l'augmentation du pH gastrique et intestinal puisque cet effet va conduire à une réduction de la résorption de l'atazanavir, du nelfinavir, du kétoconazole, ou de la digoxine ainsi que de la vitamine B12, du magnésium et du calcium. Ces effets ne sont pas spécifiques aux IPP et sont aussi observés avec les anti-H2.

Pr Laurent MONASSIER

PU-PH à la faculté de médecine de Strasbourg
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Le Point de vue du Gériatre

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont des molécules qui diminuent la sécrétion acide gastrique. Cinq molécules sont disponibles en France : l'Esoméprazole, le Lansoprazole, l'Oméprazole, le Pantoprazole et le Rabéprazole.

Les IPP sont largement prescrits et leur utilisation est croissante. Entre 2010 et 2015, les ventes d'IPP ont augmenté de 27 % en France. Les résultats de l'étude conduite par l'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament (ANSM) montrent que près de 16 millions de personnes, soit presque un quart de la population française, ont bénéficié d'au moins un remboursement par l'Assurance maladie pour une délivrance d'IPP sur prescription médicale en France en 2015. Pour 8 millions d'entre elles, il s'agissait d'une initiation de traitement (1).

Pour l'ANSM, les indications des IPP sont triples et représentées par :

- Le traitement du reflux gastro-œsophagien (RGO) pendant 4 semaines et de l'œsophagite induite par le RGO pendant 4 à 8 semaines ;
- Le traitement de lésions gastro-duodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pendant 4 à 8 semaines et la prévention chez les patients à risque (âge supérieur à 65 ans, antécédent d'ulcère gastro-duodéal, traitement par antiagrégant

plaquettaire, anticoagulant et corticoïde) pendant la durée du traitement pas AINS ;

- L'éradication d'*Helicobacter pylori* pendant 7 jours et le traitement des ulcères gastro-duodénaux pendant 4 à 8 semaines.
- A la marge, le syndrome de Zollinger - Elison est également une indication de traitement par IPP.

Il convient également de rappeler en premier lieu que la prescription des AINS doit être évitée au maximum chez la personne âgée en raison du risque d'événements indésirables potentiels MAJEURS.

Il est ensuite intéressant de noter que ces indications n'apparaissent pas systématiquement pour les cinq IPP cités ci-dessus dans le dictionnaire Vidal (par exemple le traitement des ulcères gastroduodénaux non induits par *Helicobacter pylori* ou la prise d'AINS n'apparaît pas pour l'Esoméprazole). De même le libellé des indications peut différer dans le dictionnaire Vidal des indications proposées par l'ANSM. Par exemple, « la prévention des ulcères gastroduodénaux induits par les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez des patients traités par anticoagulants ou antiagrégants ayant besoin d'un traitement continu par AINS » n'apparaît pas dans le Vidal pour le Pantoprazole.

La prescription des IPP est fréquemment réalisée hors indication. Ainsi en France, 60 % de la prescription totale des IPP est faite hors autorisation de mise sur le marché (AMM) selon la Commission de la transparence de la HAS, (Réévaluation des IPP, 2009). Il s'agit dans la plupart des cas de co-prescriptions IPP/AINS dans le cadre de pathologies non chroniques chez des patients non à risque, du traitement de la dyspepsie fonctionnelle, du traitement empirique des symptômes ORL comme symptômes extra-œsophagiens du RGO et de la prévention des lésions hémorragiques digestives hautes chez les patients hospitalisés en unité de soin intensif.

Enfin, suite au décret ministériel publié au journal officiel du 1^{er} juillet 2008, plusieurs IPP sont disponibles sans ordonnance, « Over The Counter », l'accès libre à cette classe thérapeutique permettant de réduire les coûts publics au risque d'accroître les mésusages,

les complications et effets indésirables liés à l'automédication.

Les événements indésirables médicamenteux associés aux IPP sont nombreux et souvent méconnus (2, 3).

En préambule, il convient de rappeler la prudence méthodologique qui est de mise pour l'affirmation d'un lien de causalité entre la prise d'un IPP et la survenue d'un événement indésirable médicamenteux. La personne âgée est souvent poly-morbide, poly-médiquée si bien que dans des essais non randomisés, de nombreux facteurs confondants potentiels, ayant échappés aux ajustements statistiques, peuvent entraîner une distorsion des associations observées. Ainsi dans certaines situations cliniques, les IPP pourraient être un marqueur de comorbidités.

Les effets indésirables les plus fréquents sont la diarrhée, les nausées et les vomissements.



Dépendance et effet rebond

L'existence d'une augmentation de la sécrétion acide à l'arrêt des IPP qui serait supérieure à celle mesurée avant l'introduction des IPP est évoquée mais non confirmée avec certitude (4-6).

Effets indésirables digestifs

La modification de la flore bactérienne sous IPP serait associée à une augmentation significative des infections à *Clostridium difficile*, *Campylobacter*, *Salmonella* et *Shigella*, même si certaines études rapportent des résultats contradictoires ou comportent des faiblesses méthodologiques (7, 8). Rappelons que *Campylobacter jejuni* est associé au risque de survenue du syndrome de Guillain Barré. Chez les cirrhotiques, les IPP entraîneraient une pullulation microbienne dans l'intestin grêle qui par translocation digestive pourrait entraîner une infection du liquide d'ascite (9).

Effets indésirables respiratoires

Plusieurs études ont évoqué un lien entre une prise d'IPP et le risque de pneumopathie communautaire ou nosocomiale, même si certains auteurs contestent de telles associations. Les IPP augmentent le nombre de bactéries dans l'estomac et des phénomènes de micro-inhalation seraient responsables de la contamination de l'arbre bronchique (10).

Effets indésirables osseux

Plusieurs études contrôlées ont montré une augmentation du risque de fractures chez les personnes âgées, notamment pour des posologies élevées et des durées de traitement longues. Des résultats discordants sont cependant rapportés notamment dans des populations ayant peu de facteurs

de risque d'ostéoporose, laissant supposé que si le risque existe, il demeure modeste. Le risque d'ostéoporose fracturaire étant multifactoriel la prudence est de mise dans l'affirmation du lien de causalité entre prise d'un IPP et survenue d'une fracture. L'hypothèse d'une moins bonne absorption du calcium et d'un effet direct au niveau des ostéoclastes est évoquée (11).

Effets indésirables métaboliques et hydroélectrolytiques

Les IPP favorisent également la maldigestion de la vitamine B12, l'augmentation du pH, sur un terrain d'hypochlorhydrie liée à la gastrite atrophique, empêchant la dissociation de la vitamine B12 des protéines alimentaires et donc sa fixation au facteur intrinsèque permettant son absorption au niveau iléal (12). Certaines séries rapportent cependant des résultats contradictoires.

Des carences en magnésium et zinc ont été décrites lors de la prise d'IPP avec à nouveau des résultats discordants rapportés (13).

Des hyponatrémies sous IPP ont également été rapportées (14).

Effets indésirables rénaux

Quelques cas de néphrites interstitielles ont été rapportés sous IPP avec une imputabilité parfois critique (15).

Effets indésirables oncologiques

L'association entre prise d'IPP et survenue de cancer de l'estomac n'est pas démontrée chez l'homme même si des études chez l'animal ont pu montrer un rôle des IPP dans la carcinogenèse gastrique (16, 17).

Effets indésirables cardiovasculaires

Une interaction médicamenteuse entre les IPP et le Clopidogrel avec augmentation du risque cardiovasculaire a été évoquée (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, notamment). Elle serait liée à une inhibition compétitive entre les IPP et le Clopidogrel au niveau du cytochrome CYP 2C19. Une telle inhibition a été infirmée par certaines études. Le Pantoprazole aurait un effet moins marqué sur le CYP 2C19. En pratique, compte tenu de la demi-vie d'élimination des IPP (environ 2 heures), la prise de l'IPP le matin et du Clopidogrel le soir évite en théorie toute interaction médicamenteuse (18, 19).

En pratique, même si les douleurs épigastriques récidivantes sont difficiles à prendre en charge, il est d'importance de ne prescrire les IPP qu'avec grande précaution et dans le respect strict des indications.

Si un IPP doit être prescrit, il faudrait exprimer clairement (avant même cette prescription !) que la durée du traitement ne durera pas plus de 4 à 8 semaines.

Si vous souhaitez arrêter un traitement par IPP chez un patient qui en prends depuis longtemps, il est préférable de le diminuer très progressivement (sur plusieurs semaines). Et dans le cadre des IPP prescrits pour le traitement d'un RGO avec ou sans œsophagite, il est possible de couvrir cette décroissance avec un *Alginate de Sodium*, qu'il faudra aussi sevrer progressivement par la suite.

Il convient de garder en mémoire les nombreux effets indésirables potentiels associés aux IPP. Une éducation thérapeutique devrait aussi être proposée aux patients compte tenu d'une possible automédication.

Pr Thomas VOGEL
PU-PH de Gériatrie à la faculté de médecine de
Strasbourg
Pour l'Association des Jeunes Gériatres



Références

1. ANSM. Utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons. Etude observationnelle à partir des données du SNDS, France 2015. Consulté en février 2020 à l'adresse : https://www.anism.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/cd53a115d61537a049f16954c021313c.pdf
2. Reinberg O. Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) : peut-être pas si inoffensifs que cela. *Rev Med Suisse* 2015 ; 11 : 1665-71.
3. Freedberg DE, Kim LS, Yang YX. The Risks and Benefits of Long-term Use of Proton Pump Inhibitors: Expert Review and Best Practice Advice From the American Gastroenterological Association. *Gastroenterology*. 2017; 152:706-715.
4. Gillen D, Wirz AA, McColl KE. Helicobacter pylori eradication releases prolonged increased acid secretion following omeprazole treatment. *Gastroenterology*. 2004 ; 126:980-8.
5. Rochoy M, Dubois S, Glantenet R, Gautier S, Lambert M. [Gastric acid rebound after a proton pump inhibitor: Narrative review of literature]. [Article in French]. *Therapie*. 2018; 73:237-246.
6. Helgadóttir H, Björnsson ES. Problems Associated with Deprescribing of Proton Pump Inhibitors. *Int J Mol Sci*. 2019; 20 : pii: E5469.
7. Hafiz RA, Wong C, Paynter S, David M, Peeters G. The Risk of Community-Acquired Enteric Infection in Proton Pump Inhibitor Therapy: Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Pharmacother*. 2018; 52:613-622.
8. Trifan A, Stanciu C, Girleanu I, Stoica OC, Singeap AM, Maxim R, Chiriac SA, Ciobica A, Boiculese L. Proton pump inhibitors therapy and risk of Clostridium difficile infection: Systematic review and meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 2017; 23:6500-6515.
9. Xu HB, Wang HD, Li CH, Ye S, Dong MS, Xia QJ, Zhang AQ, Pan K, Ge XL, Dong JH. Proton pump inhibitor use and risk of spontaneous bacterial peritonitis in cirrhotic patients: a systematic review and meta-analysis. *Genet Mol Res*. 2015; 14:7490-501.
10. Eom CS, Jeon CY, Lim JW, Cho EG, Park SM, Lee KS. Use of acid-suppressive drugs and risk of pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2011; 183:310-9.
11. Adams AL, Black MH, Zhang JL, Shi JM, Jacobsen SJ. Proton-pump inhibitor use and hip fractures in men: a population-based case-control study. *Ann Epidemiol*. 2014 ; 24:286-90.
12. Andrés E, Zulfiqar AA, Vogel T. State of the art review: oral and nasal vitamin B12 therapy in the elderly. *QJM*. 2020; 113:5-15.
13. Hess MW, Hoenderop JG, Bindels RJ, Drenth JP. Systematic review: hypomagnesaemia induced by proton pump inhibition. *Aliment Pharmacol Ther*. 2012; 36:405-13.
14. Falhammar H, Lindh JD, Calissendorff J, Skov J, Nathanson D, Mannheimer B. Associations of proton pump inhibitors and hospitalization due to hyponatremia: A population-based case-control study. *Eur J Intern Med*. 2019; 59:65-69.
15. Sierra F, Suarez M, Rey M, Vela MF. Systematic review: Proton pump inhibitor-associated acute interstitial nephritis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007 ;26:545-53.
16. Yang YSH, Chang HW, Lin IH, Chien LN, Wu MJ, Liu YR, Chu PG, Xie G, Dong F, Jia W, Chang VHS, Yen Y. Long-term Proton Pump Inhibitor Administration Caused Physiological and Microbiota Changes in Rats. *Sci Rep*. 2020; 10:866.
17. Song H, Zhu J, Lu D. Long-term proton pump inhibitor (PPI) use and the development of gastric pre-malignant lesions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 12:CD010623.
18. Burkard T, Kaiser CA, Brunner-La Rocca H, Osswald S, Pfisterer ME, Jeger RV; BASKET Investigators. Combined clopidogrel and proton pump inhibitor therapy is associated with higher cardiovascular event rates after percutaneous coronary intervention: a report from the BASKET trial. *J Intern Med*. 2012; 271:257-63.
19. Bundhun PK, Teeluck AR, Bhurtu A, Huang WQ. Is the concomitant use of clopidogrel and Proton Pump Inhibitors still associated with increased adverse cardiovascular outcomes following coronary angioplasty?: a systematic review and meta-analysis of recently published studies (2012 - 2016). *BMC Cardiovasc Disord*. 2017; 17:3.

MODIFICATION DE LA FORME GALÉNIQUE EN GÉRIATRIE : COMMENT ADAPTER NOS PRESCRIPTIONS À CERTAINES SPÉCIFICITÉS DES PERSONNES ÂGÉES ?

La galénique, la face plus ou moins cachée de la prise médicamenteuse

Dans l'intégralité des segments du métier de gériatre (Court séjour, SSR, EHPAD, Equipes mobiles, réseaux, consultation, ...), la ré-évaluation des traitements et de la iatrogénie fait partie du cœur de l'expertise gériatrique (1). Sensibilisé au risque iatrogène, en particulier pour les classes pharmacothérapeutiques confusogènes ou pourvoyeuses de chutes, le médecin gériatre connaît des outils adaptés pour éviter les prescriptions médicamenteuses inappropriées et sait s'appuyer sur l'expertise conjointe du pharmacien, notamment via la conciliation médicamenteuse, pour en limiter les risques. Toutefois, parmi les risques identifiables figure un risque lié à la galénique, qui tient, heureusement, à être de mieux en mieux pris en compte.

Le choix d'une forme galénique (forme pharmaceutique finale du

médicament) pour la mise à disposition d'un traitement tient compte, pour chaque principe actif, dans une indication donnée, des données liées à la fabrication (stabilité physico-chimique, incompatibilités), à la pharmacocinétique (biodisponibilité, demi-vie d'élimination), à la pharmacodynamie (durée de l'effet, effet-dose), au marketing (couleur, facilité de conditionnement, facilité de production) et de plus en plus, de l'acceptabilité du traitement, donnée importante de l'observance du traitement (2).

De plus, le terrain de la population à qui le traitement est destiné et son contexte d'utilisation (urgence, milieu hospitalier, domicile, ...) contribuent également à choisir une forme galénique de référence qui déterminera également une voie d'administration de

choix (orale ou entérale, injectable Intraveineuse, Sous-cutanée, Intra-musculaire, voie pulmonaire/aérosol, voie transdermique, voie transmuqueuse, voie rectale, ...).

Pour l'administration des médicaments chez le sujet âgé comme chez le sujet plus jeune, les comprimés et cachets par voie orale sont privilégiés au quotidien pour des raisons historiques, de rapidité de préparation comme d'administration (puisque ne nécessitant en théorie qu'un peu d'eau), d'efficacité dans la prise médicamenteuse (prise complète possible de plusieurs médicaments d'une gorgée) et de tolérance (simple et indolore a priori, ne présentant pas les effets indésirables des injections comme douleurs, infections ou nécessité de conserver un dispositif implantable) (3).

Des difficultés fréquentes chez les personnes âgées

Nous pouvons également trouver, outre un conditionnement parfois peu facile à utiliser pour une personne présentant des troubles visuels ou articulaires touchant les mains (**Photographie 1**), comme un blister à "peler" (**Photographie 2**), des formes galéniques difficile à manipuler (**Photographie 3**). De plus, parfois la présence d'une barre au milieu d'un comprimé ne signifie pas qu'il est bisécable en 2 parties égales, juste que sa découpe sera facilitée pour faciliter l'avalabilité de la totalité du comprimé.



Photographie 1: déformations articulaires



Photographie 2: Blister à peler



Photographie 3 : comprimé quadrisécable : 4 parts égales ?

Toutefois, cette situation semble prendre insuffisamment en compte le risque lié à un syndrome gériatrique fréquent (4) : les troubles de déglutition. En effet, on retrouve des taux de prévalence en population générale âgée de plus de 70 ans estimée à 27 %, augmentant avec l'âge à 33 % chez les plus de 80 ans (5), pouvant atteindre 41 % chez les personnes âgées hospitalisées (6) voire 51 % chez les patients institutionnalisés (7).

Aussi, les services de gériatrie sont-ils particulièrement confrontés à des pratiques de broyage ou d'écrasement des formes orales sèches (comprimés, cachets, ...), chez 63 % des personnes avec des troubles de déglutition, à l'ouverture des gélules, chez 24 % des patients et à l'utilisation d'une poudre orale ou d'une solution buvable dans 13 % des situations (8).

Cette pratique conduit donc à la présence, sur de nombreux chariots de soins d'ustensiles peu communs dans d'autres services (**Photographie 4**) : marteau, pilon et divers vecteurs alimentaires (compote, jus d'orange, yaourt, ...).

Attardons-nous un peu sur cette pratique (8) en conditions réelles : dans 42 % des situations, le broyage n'était pas conforme avec la forme galénique (exemple forme LP), concernait 71 % de l'ensemble du traitement, mélangé dans le mortier puis dans la cuillère de compote (sans nécessairement tenir compte de la stabilité physico-chimique du traitement actif (médicament détruit par le pH gastrique, sensible à la lumière, risque de variation de dose/effet) ni de son innocuité pour les soignants (possibles exposition par aérosol ou composés irritants), le mortier était nettoyé selon les

standards d'hygiène entre chaque patient dans 12 % des cas et le traitement était préparé en avance et stocké à l'air, sans protection dans 16,5 % des cas.

Différentes formes orales

Il a récemment été analysé les caractéristiques de palatabilité et d'avalabilité des traitements administrés par voie orale dans plusieurs services de gériatrie et EHPAD, en comparant les différentes formes galéniques (2) : La forme liquide buvable est moins bien tolérée lorsqu'elle n'est pas aromatisée, mais si la présence d'arôme améliore l'acceptabilité, cela n'en fait pas non plus une galénique totalement acceptée chez les personnes présentant des troubles de déglutition.

On retrouve également des adaptations galéniques avec l'usage du paracétamol chez les personnes présentant des troubles de déglutition : les formes en comprimés orodispersibles était plus utilisées (et mieux supportées) que la forme en gélule, mieux supportée en l'absence de trouble de déglutition (9).



Photographie 4 : marteau, pilon & compote de pommes

Enfin, il a été montré dans cette population que des cachets de taille < 8mm avaient un meilleur profil d'acceptabilité que les cachets plus gros (10).

A la place de ces formes orales sèches, les formulations buvables peuvent en théorie être utilisées faiblement diluées avec un liquide réactif (jus d'orange) à température ambiante (en dehors des poudres pour solution à diluer, qui nécessitent un respect scrupuleux du mode de préparation). Certaines peuvent être également diluées avec de l'eau gazeuse.

La question se pose avec au moins autant d'acuité lorsque les traitements habituellement donnés par voie orale doivent être administrés via une sonde de gastrostomie ou naso-gastrique.

La présence de pharmacies à usage interne (PUI) reconditionnant les formes orales sèches en sachets individuels permet de faciliter la distribution de consignes directement sur le conditionnement (ne pas écraser, ne pas donner par sonde). De plus, un échange avec les pharmaciens permet souvent de trouver des alternatives ou des combinaisons de traitements pour limiter le nombre de formes à prendre voire éventuellement de faire en sorte que le "marché local" de la pharmacie puisse s'enrichir de formes adaptées.

La présence de matériels d'écrasement sécurisé réduit les risques d'exposition ou de troubles musculo-squelettiques des soignants (mais au prix de nombreuses manipulations) et assure un minimum d'hygiène et de sécurité chimique au traitements, sous réserve qu'ils soient administrés juste après leur broyage. Toutefois, cela ne règle pas le problème de l'usage de la voie orale en situation de salivation faible et/ou d'hygiène buccale insuffisante. Par exemple, la forme orodispersible (soit en comprimé,

soit en film), après avoir réalisé un soin de bouche pour faciliter la salivation correcte de la bouche.

Voies muqueuses et cutanée

Dans ces cas, l'utilisation de la voie rectale peut être une alternative dans certaines situations, avec le consentement du patient. Les classes thérapeutiques sont rares (antalgiques, anti-émétique, résine hypokaliémiante, ...) et souvent des alternatives peuvent exister.

Il existe aussi des traitements transmuqueux, comme par exemple, des sprays nasaux de FENTANYL, mais dont l'usage auprès de personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs à un stade évolué peut être rendu complexe.

Il existe enfin pour des cas encore plus rares, des traitements par voie transdermique. Ces derniers traitements présentent l'avantage de leur facilité d'administration, mais la diffusion peut être modifiée par l'hypersudation ou l'hyperthermie.

La voie injectable

Si l'adage "tout ce qui est injectable est buvable" semble assez séduisant de prime abord (sauf pour la transfusion), il n'est pas totalement exempt de questionnements sur l'efficacité réelle des traitements administrés par cette voie, en particulier avec des traitements avec une marge thérapeutique étroite.

Toutefois, la modification de voie d'administration la plus fréquente pour les traitements injectables est le recours à la voie sous-cutanée. Voie de choix par sa simplicité sans avoir l'inconvénient d'une perfusion "garde-veine", elle partage avec la voie intra-veineuse la possibilité d'un risque infectieux.

L'usage de cette voie est largement corroboré par des sociétés savantes, dont la SFAP et on retrouve d'ailleurs sur son site des supports. Des listes de

traitements peuvent également se retrouver (<https://bit.ly/2JaJg6l>) ou (<https://bit.ly/2y8lpls>) pour un certain nombre de traitements fréquemment utilisés.

Quels outils au quotidien ?

La démarche de prescription doit nécessairement répondre à une approche gériatrique globale, visant à dépister (et traiter autant que faire se peut) les troubles de déglutition. La recherche de fausse route lors de la prise alimentaire ou médicamenteuse peut démarrer dès l'entretien du patient, ce d'autant accompagné par un aidant qui assiste à la prise médicamenteuse.

En secteur institutionnel ou hospitalier, l'évaluation du risque de fausse route par le test au verre d'eau et l'évaluation régulière des équipes de soins permet de faire intervenir l'orthophoniste et d'adapter la texture alimentaire, mais ne conduit pas toujours à une réévaluation de l'ordonnance selon l'angle de la galénique.

Pour ce faire, l'outil **DICTIAS** (11) peut guider la démarche de réévaluation globale, en répondant aux questions suivantes, sous forme d'acronyme : le **D**agnostic est-il bien établi ? (ce qui permet également de se poser la question d'une plainte potentiellement liée à un évènement iatrogène.

L'**I**ndication est-elle bien justifiée (notamment par un examen complémentaire conclusif) ?

Le traitement présente-t-il une **C**ontre-indication (allergie, terrain particulier, ...) ? La **T**olérance est-elle meilleure chez le patient par rapport à une alternative (soit de classe thérapeutique soit de galénique) ? Ce traitement expose-t-il à des **I**nteractions médicamenteuses (Inducteur enzymatique par exemple) ? des **A**justements posologiques sont-ils nécessaires (du fait d'un poids "extrême" ou d'une insuffisance rénale), le **S**uivi

et la Sécurité du traitement sont-ils possibles (par exemple, un patient refusant les prises de sang ne peut être traité par Anti-Vitamine K).

De plus, de nombreux logiciels métiers de prescription permettent d'identifier directement sur le module de prescription (voire sur le conditionnement final) les formes galéniques que l'on peut écraser/broyer. On peut trouver également des outils numériques pour vérifier l'adéquation de la galénique au terrain : citons l'outil de l'OMEDIT Haute Normandie (<https://bit.ly/33KWTCx>), de l'OMEDIT Lorraine (<https://bit.ly/2QIDCMX>) ou l'outil de la pharmacie des Hôpitaux Universitaires de Genève¹ (<https://bit.ly/3bpCBkz>), qui proposent des alternatives.

Cette réflexion s'accompagne nécessairement d'une prévention quaternaire et d'une information au patient et son entourage.

Sur un plan éthique

En effet, le conflit entre la non-malveillance (ne pas provoquer de fausse route par nos traitements) et la bienveillance (donner un traitement dans son indication) nous conduit à l'éthique de la discussion pour légitimer la pratique de modification de forme ou de voie d'administration des traitements (cf. la réflexion éthique comme partenaire des pratiques, Gazette du Jeune Gériatre, n°19).

Ce choix ne peut se faire qu'après une analyse rigoureuse de la démarche de prescription, pour chercher préférentiellement : Le médicament est-il toujours indiqué ? Une autre galénique existe-t-elle ? Pouvons-nous broyer ?

Cette discussion méritant d'être naturellement portée à la connaissance du patient et/ou de son entourage, afin de faciliter la prise médicamenteuse dans le milieu écologique. L'apparition de troubles

de déglutition signe souvent un tournant dans l'évolution des maladies neurodégénératives et il est ainsi fondamental d'anticiper à la fois l'aggravation possible et la mise en œuvre de soins palliatifs.

Le recours à des pratiques d'altération de la forme est déjà, dans une certaine mesure, un traitement palliatif et justifie l'usage de ressources et de compétences paramédicales en plus de la simple préparation et administration des traitements, ce qui peut être un facteur limitant dans certaines situations, notamment d'anosognosie des troubles.

Des perspectives de recherche en galénique pourraient s'avérer pertinentes, par l'utilisation de nanoparticules, qui permettraient de faciliter l'absorption des traitements ou par l'utilisation d'un vecteur stabilisant universel pour les traitements, voire leur intégration directe à un aliment préparé à texture adaptée.

La modification de forme galénique en gériatrie est fréquente, mais nécessite, pour que son usage soit à la fois efficace et bien toléré, une formation de l'ensemble des professionnels et l'éducation thérapeutique des patients et de leur entourage. Cela passe, outre par une approche gérontologique globale, questionnant les traitements médicamenteux, par une coopération interprofessionnelle étroite, en particulier avec les pharmaciens et les professions paramédicales et de poser la question de la prévention quaternaire voire des soins palliatifs. Cela nécessite de valoriser les temps de coordination, dans une logique de parcours de soins souvent complexes et de renforcer les moyens de la filière gériatrique.

Références

1. Jeandel C. Le Référentiel Métier de la spécialité de Gériatrie. In: *Livre Blanc de La Gériatrie Française*. 2^{ème}. Paris; 2011:300.
2. Belissa E, Vallet T, Laribe-Caget S, et al. Acceptability of oral liquid pharmaceutical products in older adults: palatability and swallowability issues. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):344. doi:10.1186/s12877-019-1337-2
3. Fodil M, Fillette A, Trivalle C. Considérations portant sur l'écrasement des comprimés en gériatrie. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 2013;13(73):35-40. doi:10.1016/j.npg.2012.07.013
4. Baijens LW, Clavé P, Cras P, et al. European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging*. 2016;11:1403-1428. doi:10.2147/CIA.S107750.
5. Serra-Prat M, Hinojosa G, López D, et al. Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independently living older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(1):186-187. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03227.x
6. Cabré M, Almirall J, Clavé P. Aspiration pneumonia: management in Spain. *Eur Geriatr Med*. 2011;2(3):180-183. doi:10.1016/j.eurger.2011.03.004.
7. Lin L-C, Wu S-C, Chen HS, Wang T-G, Chen M-Y. Prevalence of impaired swallowing in institutionalized older people in taiwan. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(6):1118-1123. doi:10.1046/j.1532-5415.2002.50270.x
8. Caussin M, Mourier W, Philippe S, et al. L'écrasement des médicaments en gériatrie : une pratique « artisanale » avec de fréquentes erreurs qui nécessitent des recommandations. *Rev Médecine Interne*. 2012;33(10):546-551. doi:10.1016/j.revmed.2012.05.014.
9. Ruiz F, Vallet T, Dufaj Wojcicki A, et al. Dosage form suitability in vulnerable populations: A focus on paracetamol acceptability from infants to centenarians. Surbhi S, ed. *PLOS ONE*. 2019;14(8):e0221261. doi:10.1371/journal.pone.0221261.
10. Belissa E. Acceptabilité des traitements chez les patients âgés de 65 ans ou plus, suivis à l'hôpital ou en EHPAD. 2017.
11. Belmin J. Optimiser l'utilisation des médicaments chez les sujets âgés. In: *Gériatrie Pour Le Praticien*. Masson. Paris; 2009:611-620.

Dr Matthieu PICCOLI et Dr Ines PERQUY
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

1. Le site de la pharmacie des Hôpitaux Universitaires de Genève (<https://pharmacie.hug-ge.ch/infos-medicaments/recommandations-d-utilisation>) regorge de ressources sur l'utilisation des médicaments

DES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION À LA SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE

Ce numéro spécial « Déglutition » est l'occasion d'illustrer une étiologie pas si exceptionnelle responsable de troubles de la déglutition : la Sclérose Latérale Amyotrophique et de faire un focus sur les formes spécifiques que peut avoir cette maladie chez le sujet âgé.

Petit rappel sur la SLA

La SLA est une maladie neuro-évolutive causée par la dégénérescence des motoneurons centraux et périphériques. Cette dégénérescence conduit à une faiblesse des muscles volontaires impliqués dans la motricité, la déglutition, la parole et la respiration. On distingue classiquement 2 formes cliniques :

- **La forme spinale :** avec une atteinte initiale motrice : faiblesse généralisée, amyotrophie focale, de début distal ou proximal, au niveau des membres inférieurs et supérieurs avec développement d'une spasticité. Elle concerne environ 70 % des malades.
- **La forme bulbaire :** elle se manifeste par une dysarthrie et une dysphagie rapidement progressive avec troubles majeurs de la déglutition. Elle concerne environ 30 % des malades et est caractérisée par une espérance de vie plus réduite.

La SLA reste une maladie rare (incidence autour de 2/100 000 personnes / an) et pour 90 % est une forme sporadique. Dans les formes génétiques on citera la mutation C9ORF72 pouvant conduire à des formes

mixtes de Démence fronto-temporale-SLA. Le diagnostic est essentiellement clinique mais l'électroneuromyogramme est fréquemment réalisé pour confirmer l'atteinte du motoneurone et éliminer une neuropathie périphérique. Une IRM cérébrale permet d'éliminer les diagnostics différentiels.

Dans tous les cas, la SLA est une maladie dont il n'existe pas de traitement curatif. Le RILUZOLE est le seul traitement qui a montré un allongement (de 2-3 mois) de l'espérance de vie avec quelques effets bénéfiques minimes sur les fonctions bulbares sans amélioration de la force musculaire (1).

La progression des lésions conduit au décès, souvent entre 3 et 5 ans après le début des symptômes, souvent en lien avec des infections ou détresses respiratoires et la dénutrition. La prise en charge est surtout symptomatique, palliative et pluridisciplinaire. La prise en soin des troubles de la déglutition et la prévention des événements respiratoires restent des axes forts de l'accompagnement des patients pour améliorer leur qualité de vie.

Revenons à la clinique...

Mme B, 82 ans, a été rencontrée à domicile par l'équipe mobile extrahospitalière de gériatrie pour une perte de poids et des chutes. Madame B. est diagnostiquée d'une maladie d'Alzheimer probable depuis 4 ans et des troubles de la déglutition depuis 1 an. Le bilan étiologique (imagerie cérébrale, laryngoscopie, consultation ORL) est revenu négatif et les troubles de la déglutition se majorent au point de rendre toute alimentation per os quasiment impossible. La patiente perd 12 kg en quelques mois.

À l'examen clinique, nous constatons des troubles du tonus axial avec hyperflexion cervicale et hyperextension du bassin (station debout devenant difficile), des réflexes ostéo-tendineux un peu vifs, des fasciculations linguales, et des troubles de la déglutition sévères avec un syndrome pseudo-bulbaire (notamment des rires spasmodiques).

Le diagnostic de SLA à forme bulbaire à un stade déjà sévère est abordé avec son médecin traitant mais pas devant la famille. Une hospitalisation est organisée pour confirmer le diagnostic mais la patiente et son époux signent une décharge pour ne pas rester à l'hôpital.

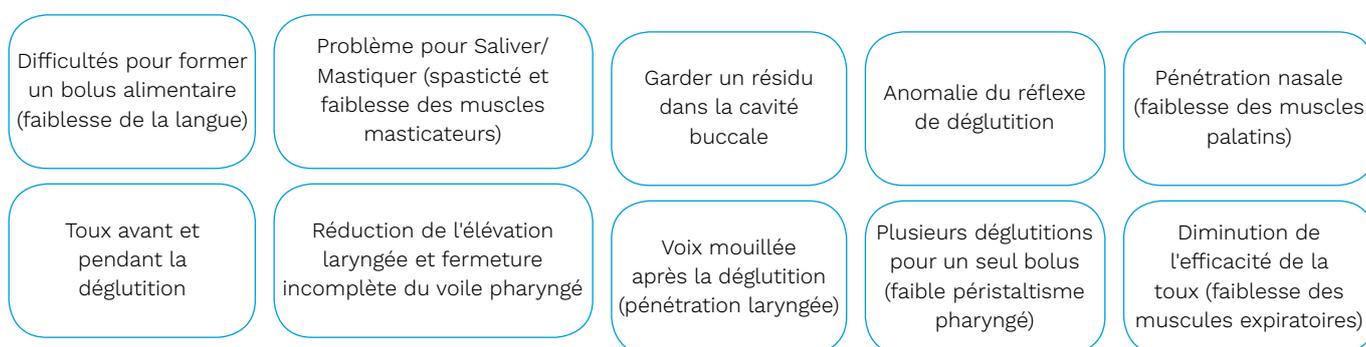
Quelques semaines plus tard, elle voit un neurologue qui confirme le diagnostic avec la sémiologie clinique. L'état de santé ne permet pas de réaliser d'autres examens.

Rapidement, la patiente devient mutique, grabataire et décèdera en EHPAD quelques mois plus tard.

Il n'y avait pas à notre connaissance d'antécédents familiaux évocateurs de SLA ou de dégénérescence fronto-temporale.

Focus sur les troubles de la déglutition dans la SLA

La SLA entraîne des troubles de la déglutition sur toutes les phases de la déglutition. Dans une étude menée en Inde par M.P. Jani (2), l'analyse clinique des phases de la déglutition chez 5 patients atteints de SLA retrouve des déficits à tous les temps :



La **forme bulbaire de la SLA** est caractérisée par une **dysarthrie et une dysphagie initiale** ce qui fait que les **troubles de la déglutition sont plus précoces et plus sévères** que dans la forme spinale. **L'alimentation orale doit être arrêtée** en moyenne au bout de 20 mois d'évolution. L'âge est un facteur de risque de développer plus précocement des troubles de la déglutition et de ne plus pouvoir être alimenté par la bouche. Ce risque semble majoré chez les **femmes** (Risk Ratio = 3,47), peut-être en lien avec une faiblesse des muscles de la langue et une vulnérabilité des muscles glosso-pharyngiens comparativement aux hommes (3).

Plusieurs auteurs montrent également que le retard diagnostic, responsable d'un retard dans la prise en charge des atteintes de la déglutition est un facteur de risque de dénutrition et de décès (4,5).

Focus sur la SLA chez le sujet âgé

Le pic d'incidence est actuellement entre 60 et 65 ans mais la SLA à début tardive n'est pas si rare. Plusieurs études (6-9) se sont intéressées aux différences cliniques et pronostiques entre les sujets « jeunes » et « âgés ».

Dans ces études, la **forme bulbaire est plus représentée chez le sujet âgé (> 80 ans)** que chez le sujet jeune et peut même être la forme la plus fréquente (8).

Dans l'étude de Santos et al (6), 27 sujets sur 80 de plus de 80 ans avaient une forme bulbaire (54%) contre 276 sur 1053 sujets chez les moins de 80 ans (26 %). Il n'y avait pas de différence significative sur le nombre de formes génétiques vs formes sporadiques.

La maladie évolue plus rapidement chez les sujets âgés avec un délai entre le diagnostic et le décès souvent inférieur à 2 ans. Les auteurs pensent que cela est lié à la majorité de formes bulbaires, plus graves, d'évolution plus rapide (5). Le poids des comorbidités chez les sujets âgés peut aussi jouer dans cette mortalité augmentée.

De plus, même chez les sujets âgés développant une forme spinale, **les atteintes de la déglutition sont plus rapides que chez les jeunes**, probablement car la pression linguale est moins forte que chez les plus jeunes, altérant la préparation et l'envoi du bol alimentaire et majorant les risques de pénétration laryngée (10). **Les troubles de la déglutition sont corrélés à un taux de décès plus rapide...**

L'incidence de la SLA semble diminuer après 80 ans mais plusieurs études soulignent probablement un **sous-diagnostic** en lien avec les autres comorbidités des sujets très âgés et les causes plus fréquentes notamment les **autres maladies neuro-dégénératives** ou les **lésions vasculaires** (9).

Voici **une autre vignette clinique...**

M. D., 84 ans, est entré en EHPAD avec son épouse qui présente des troubles cognitifs marqués. À son arrivée dans l'établissement Monsieur est encore assez autonome (prend les escaliers pour aller en salle à manger, se lave et s'habille seul, monte en voiture avec sa famille) mais il souffre d'une grande angoisse devant les problématiques hallucinatoires de son épouse.

Rapidement, M. D. commence à maigrir, faire des chutes, s'agite, fait quelques pneumopathies en plein été. Il est évoqué une dépression réactionnelle au changement de lieu de vie, une démence d'installation rapide et au bout de quelques mois, le patient est évalué par l'équipe mobile.

Il présente une amyotrophie des 4 membres, à prédominance proximale, surtout au niveau des ceintures scapulaires et à la racine des cuisses avec un réflexe de Babinski à droite, un réflexe cutanéoplantaire indifférent à gauche. Il présente aussi des troubles de la déglutition avec une stase du bol alimentaire, une déglutition multiple et une voix mouillée après prise d'eau. La toux est très peu efficace. Une SLA est fortement suspectée...

L'imagerie cérébrale est considérée comme « normale », en tout cas élimine l'hypothèse d'un AVC.

Malgré les recommandations émises, notamment sur la réhabilitation orthophonique rapide et l'arrêt de l'alimentation orale, le patient s'aggrave très vite et devient grabataire en moins de 4 mois et décède d'une pneumopathie d'inhalation à l'hôpital.

Devant des troubles de la déglutition, penser à la SLA ! Devant une SLA, penser au diagnostic des troubles de la déglutition ! Un patient qui devient amyotrophique sans raison... Pensez-y aussi ! Ce ne sont pas tous « des déments qui se grabatérissent d'un coup » !

Les troubles de la déglutition surviennent à un stade tardif de la plupart des maladies neurocognitives. Entre une Maladie d'Alzheimer et une Maladie d'Alzheimer + une SLA, les pronostics sont différents et l'accompagnement devra l'être également. Dans tous les cas, une prise en charge multidisciplinaire RAPIDE avec orthophonie, kinésithérapeute, ergothérapeute, adaptation diététique est recommandée pour le bilan, les consignes alimentaires et la qualité de vie du patient.

Si vous souhaitez plus d'informations sur la prise en soin de la SLA, n'hésitez pas à consulter l'article de M.H. Soriani (11) qui reprend le plan de soins dans la Sclérose Latérale Amyotrophique.

Dr Nathalie JOMARD
Pour l'Association des Jeunes Gériatres
nathalie.jomard@chu-lyon.fr

Références

- (1) Miller R.G. et al, Riluzole for amyotrophic lateral sclerosis (ALS)/motor neuron disease. Cochrane Database Syst Rev (3), CD0014472012 2012 Mar 14.
- (2) Jani M.P. et al, Swallowing characteristics in Amyotrophic Lateral Sclerosis. NeuroRehabilitation 39 (2016) 273-276.
- (3) Luchesi K.F. et al, Amyotrophic Lateral Sclerosis survival analysis: swallowing and non-oral feeding. NeuroRehabilitation 35 (2014) 535 – 542.
- (4) Traynor et al. Clinical features of amyotrophic lateral sclerosis according to the El Escorial and Airlie House diagnostic criteria. Archives of Neurology, 2003 ;57, 1171-1176.
- (5) Zococella et al, Analysis of survival and prognostic factors in amyotrophic lateral sclerosis: A population based study. Journal of Neurology, Neurosurgical and Psychiatry; 2008;79, 33-37.
- (6) Santos M.O. et al, Very late-onset amyotrophic lateral sclerosis in a Portuguese cohort.
- (7) Ferrer M.E. et al, Amyotrophic lateral sclerosis and dysphagia in the elderly, Rev Esp Geriatr Gerontol 2015; 50 (2): 97-104.
- (8) Forbes RB et al, Scottish ALD/MND register. The epidemiology of amyotrophic lateral sclerosis in people aged 80 or over. Age and Ageing, 2004; 33:131-4.
- (9) Broussalis et al, Late age onset of amyotrophic lateral sclerosis is often not considered in elderly people. Acta Neurol Scand 2018; 137:329-334.
- (10) Weikamp, J. G et al, Prognostic value of decreased tongue strength on survival time in patients with amyotrophic lateral sclerosis. J Neurol, (2012) 259, 2360-2365.
- (11) M.H. Soriani et al, Care Management in amyotrophic lateral sclerosis. Revue Neurologique 173 (2017) 288-299.



L'ACEP (Association pour la Création d'Équipements Pilotes pour personnes âgées, loi 1901 privée à but non lucratif, Convention Collective 1951) cherche

Un Médecin Traitant à 0.63 ETP

pour intégrer l'équipe actuelle de l'EHPAD Le Patio à Roissy-en-Brie (77).

L'ACEP dispose d'une équipe pluridisciplinaire complète : médecin coordonnateur, médecins traitants, IDEC, infirmiers (jour et nuit), psychologues, aides-soignants, aides-médecos-psychologiques, assistants de soins en gérontologie, agents hôteliers, animateurs.

Vous disposerez de l'outil de télémédecine et de téléexpertise en expérimentation avec l'ARS.

Le profil :

- Médecin avec capacité de gériatrie.
- Inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins.
- Capacité à gérer les urgences ou les situations de crise.
- Leadership, disponibilité, loyauté, sens des initiatives et de ses responsabilités seront des atouts pour réussir.

L'établissement est un concept novateur tant sur le plan architectural (bâtiment réceptionné fin du premier semestre 2016) que sur la prise en charge des résidents (diversité des services proposés). Il s'inscrit pleinement dans une démarche qualité globale où la place du résident est centrale afin de lui apporter des conditions de vie parfaitement adaptées à sa perte d'autonomie physique et psychique.

L'ACEP gère différentes structures d'accueil et de prise en charge de la personne âgée, à savoir :

- Un EHPAD de 193 lits habilités à l'aide sociale, comprenant 3 lits d'hébergement temporaire ainsi qu'une UHR de 12 places.
- Un PASA de 14 places.
- Un Accueil de Jour Alzheimer de 10 places.
- Un SSIAD de 55 places.

Si vous êtes intéressé(e) par ce poste, merci de nous adresser un CV et une lettre de motivation soit par courrier, ACEP, 8-10, avenue Joseph Bodin de Boismortier, 77680 Roissy-en-Brie soit par mail acep@orange.fr
Site internet : www.ehpad-acep.com



LES HÉLIANTINES
Des résidences au service des seniors

RECRUTE pour ses EHPAD :

UN MÉDECIN COORDONNATEUR H/F

0,9 ETP en CDI

200 lits « hébergement » et 10 lits UVA répartis en 10 petites structures localisées dans un rayon de 15 km sur l'ARTOIS dans le Pas-de-Calais.

PROFIL :

- Titulaire d'une capacité de gériatrie ou d'un DU médecin coordonnateur.
- Fort d'un potentiel relationnel et promotion du travail d'équipe.
- Mission suivant le code de l'action sociale et des familles Art. 0312-158. Modifié par décret n° 02011-1047.

RENSEIGNEMENTS
ET ENVOI DES CANDIDATURES :

Mme Billeret (v.billeret@les-heliantines.fr)
Siège : 245 rue des Résistants - 62980 Noyelles-les-Vermelles.
Tél. : 03 21 64 34 11



LE GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE

recherche
un Médecin Gériatre

Le service de Court Séjour Gériatrique propose une prise en charge étendue : 28 lits de court séjour, 10 lits de SSR, équipe mobile gériatrique et hôpital de jour. Le praticien rejoindra les 400 médecins de l'établissement, et notamment les 50 praticiens du Pôle « Urgences - Ouverture sur la ville ». Le Groupe Hospitalier du Havre, support de GHT, comporte une offre de soins riche : SAMU, Urgences, Réanimation polyvalente, USC, UNV. La filière gériatrique est étoffée, en complément du service de Court Séjour Gériatrique : consultations mémoire, évaluation gérontologique, SSRG (dont une UCC) et USLD (dont 2 UHR).

Une cellule de Recherche Clinique soutient les projets des praticiens.

Située à 2 heures de Paris, la ville du Havre offre une plage au cœur du centre ville, ainsi qu'une vie culturelle riche et un patrimoine unique !

Poste proposé : Praticien hospitalier/contractuel/attaché, formé à la gériatrie ou souhaitant se former.

Possibilité de logement à titre temporaire.

Madame Léna GAZAIX,
Directrice des Affaires Médicales
lana.gazaix@ch-havre.fr
02 32 73 43 55



LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTAUBAN
Établissement support du GHT Tarn-et-Garonnais

RECHERCHE
Un Médecin Gériatre

Pour intégrer une équipe de 4 PH temps plein au sein du Pôle SSR-Gériatrie qui comprend :

- Un Court Séjour, une Équipe Mobile, une USLD, deux EHPAD.
- Une Consultation Mémoire labellisée et gériatrique, une cellule de recherche clinique.

Pour développer une activité d'Hôpital de jour gériatrique et de « Repérage de la fragilité ».

Pour mettre en place une filière gériatrique territoriale tournée vers les EHPAD et le domicile.

Possibilité de poste de PH Temps Plein à terme.



CONTACTS :

Dr Aurélie ROUSTAN
05 63 92 89 19
a.roustan@ch-montauban.fr
Secrétariat : 05 63 92 81 33



LE CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES

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 100 000 habitants) est idéalement située par autoroute et par train : 2h de Paris, 1h d'Orléans et 2h du Massif Central

NOUS RECHERCHONS H/F
Praticien Hospitalier, Praticien Contractuel, Assistant ou Praticien Attaché
MEDECIN EN GERIATRIE

Le CH 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
Adressez votre candidature à la direction des affaires médicales
leila.bosset@ch-bourges.fr - Tél 02.48.48.48.66

www.ch-bourges.fr





LA MAISON DE SANTÉ BÉTHEL cherche
UN MÉDECIN GÉRIATRE

H/F en CDI salarié à mi-temps pour son EHPAD situé à Oberhausbergen (67).

Présentation de l'établissement :
La Maison de Santé Bethel est une maison médicalisée associative à but non lucratif située à Oberhausbergen. Elle est constituée de quatre pôles d'activités : EHPAD, une Unité de Soins de Longue Durée, un service de Soins de Suite et de Réadaptation à orientation oncologique, un pôle handicap avec une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) et une Unité de Vie Spécialisée.

Présentation du poste : Suite à des départs à la retraite, nous recherchons un médecin pour notre EHPAD, salarié en CDI à mi-temps. L'EHPAD est organisé en six unités d'hébergement de 23 à 32 places et de quatre unités de vie protégées de 14 places. Vous interviendrez comme médecin traitant et complèterez l'équipe médicale de l'EHPAD composée de 2 médecins mixtes coordonnateurs et traitants et d'un médecin traitant.

Missions principales : Vous assurerez la prise en charge médicale des résidents. Vous participerez à leur évaluation gérontologique pluridisciplinaire et à l'accompagnement des familles. Vous assurerez l'élaboration des projets de soins gérontologiques et aux projets du service aux côtés des médecins coordonnateurs.

Vous vous investirez dans les projets de la Maison de Santé et dans la vie institutionnelle. Avec les six autres médecins de la maison, vous participerez à la continuité des soins et aux astreintes.

Rémunération : Convention collective FEHAP 51 : à partir de 3 200 € brut (pour un mi-temps) comprenant le salaire de base, le complément spécialisation, la prime d'ancienneté, le forfait de gardes + prime décentralisée (payée une fois par an).

Avantages : Prime de présence, reprise de 100 % d'ancienneté, mutuelle, chèques vacances, chèques cadeaux.

Formation : Vous êtes titulaire d'un Doctorat en médecine et vous êtes inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins en France. Vous êtes intéressé par la gériatrie. Une formation en gérontologie est fort souhaitable.

N'hésitez pas à nous envoyer votre candidature (CV + lettre de motivation) sur recrutement@amreso-bethel.fr





LE CENTRE HOSPITALIER DE BOURG-EN-BRESSE

Situé au cœur du département de l'Ain (01) regroupant 845 lits et places, établissement support du Groupement Hospitalier Bresse – Haut Bugéy. Territoire attractif, proposant des activités culturelles et sportives. À proximité des axes autoroutiers et des aéroports internationaux. À 1h de Lyon et Genève – À 2h de Paris – Gare TGV sur place.

recherche pour son secteur gériatrique **Un Gériatre** temps plein ou temps partiel

STRUCTURE ET DESCRIPTIF 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, 169 lits en EHPAD, 12 places de PASA, 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.

RENSEIGNEMENTS

Docteur BAILLY, *Chef de Pôle de gériatrie* : mbailly@ch-bourg01.fr - 04 74 45 44 78
Direction des Affaires Médicales - Mme Audrey SEVIN : asevin@ch-bourg01.fr - 04 74 45 40 94

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

• Une équipe gériatrique dynamique de 12 praticiens occupant 8,9 ETP (hors recrutement). Poste éligible à la Prime d'Engagement dans la Carrière Hospitalière pour les assistants et praticiens contractuels.

EXIGENCES DU POSTE

- Doctorat d'état en médecine.
- Spécialité en gériatrie ou en cours de formation.
- Médecin généraliste avec engagement à suivre la formation de médecin coordonnateur.




LE GROUPE HOSPITALIER MUTUALISTE DE GRENOBLE

UN MÉDECIN GÉRIATRE OU GÉNÉRALISTE
En contrat à durée déterminée ou indéterminée.

Recrute

Le Groupe Hospitalier Mutualiste (GHM) de Grenoble est un Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) à but non lucratif participant au service public hospitalier. Il offre plus de 450 lits et places de médecine interne, médecine aiguë gériatrique, chirurgie, maternité / obstétrique, urgences, cancérologie, soins de suite et de réadaptation situés au cœur de Grenoble. L'établissement possède un plateau technique constitué d'un laboratoire (H24), d'un service de radiologie et scanner (H24), IRM et CORO H24, d'un service d'USIC (8 lits) et d'un service de soins continus (12 lits).

Nous recherchons pour renforcer l'équipe médicale du service de gériatrie : Un docteur en médecine inscrit(e) au Conseil National de l'Ordre des Médecins spécialité Médecine Générale ou Gériatrie.

LE SERVICE COMPREND :

- Une Unité de Médecine Aiguë Gériatrique de 18 lits,
- Un service de Soins de Suite et Réadaptation gériatrique de 30 lits,
- Une Équipe Mobile de Gériatrie intervenant particulièrement dans le service de Chirurgie et aux Urgences,
- Une activité de consultations oncogériatriques,
- Un accès à l'Hôpital de Jour.

Participation aux astreintes de service.
Équipe médicale jeune et dynamique.
Rémunération : Selon Grille Nationale FEHAP.

Si ce poste vous intéresse, merci de faire parvenir votre candidature au Dr Amandine FORESTIER, a.forrestier@ghm-grenoble.fr






L'HÔPITAL NORD-OUEST RECHERCHE Médecin Gériatre

pour l'Unité Post Urgences Gériatriques du Centre Hospitalier de Villefranche-sur-Saône.

Poste proposé : Praticien hospitalier/contractuel - Assistant spécialiste des Hôpitaux.

Temps de travail et conditions d'exercice :

- Poste à Temps plein.
- Permanence des soins sous forme d'astreintes à domicile.
- Poste éligible à la prime d'engagement dans la carrière hospitalière (10 000€).

MISSIONS PRINCIPALES

L'Unité de Post Urgence Gériatrique (UPUG) est composée de 9 lits au sein de l'unité post urgence avec possibilité de doubler 3 chambres en cas de suractivité. Elle reçoit des patients venant du service des urgences et de l'UHCD principalement. Elle est intégrée dans la filière gériatrique du territoire.

Objectifs

- Stabiliser les patients avant orientation vers les CSG du GHT.
- Prise en charge et synthèse des problèmes somatiques aigus et socio-environnementaux.
- Cibler les problématiques prioritaires.
- Orienter dans la filière adaptée.

MISSIONS TRANSVERSALES

- Participation aux activités transversales de gériatrie : consultations, équipe mobile de gériatrie.
- Missions institutionnelles : animations d'instances ou groupes de travail (CLAN, CLUD, CLIN).
- Participation aux développements de projets institutionnels au sein du service.
- Encadrement des internes.

La mobilité au sein du pôle est envisageable sur l'ensemble de la filière gériatrique de l'HNO.

LIEU D'EXERCICE

Les CH de Villefranche, Tarare et Trévoux sont en direction commune pour certains depuis 2010. Le tout est regroupé dans la marque « L'Hôpital Nord-Ouest ».

Le Centre Hospitalier de Villefranche-sur-Saône est situé à 30 km de Lyon (30 minutes par l'A6) et dispose de 668 lits et places : 331 lits de médecine, 71 lits de chirurgie, 41 lits de gynécologie-obstétrique, 8 lits de réanimation, 8 lits de néphrologie, 77 000 passages aux urgences par an, 8 salles de blocs et un plateau d'imagerie complet.

Un projet d'extension de 15 000 m² est en cours de construction. L'effectif total est de 1 700 agents et 300 médecins.

Un hôpital dynamique en développement mais restant à taille humaine.

CONTACT

Cellule recrutement médical : **Mme Laura CURT**
cellulerecruitmentdam@hopitalnordouest.fr



LE CENTRE HOSPITALIER MÉTROPOLE SAVOIE SITE D'AIX-LES-BAINS (SAVOIE)

Le CHMS site d'Aix-les-Bains comporte une filière gériatrique complète :

312 lits d'hébergement dont 30 lits d'USLD, 8 places d'Accueil de Jour, 45 lits de SSR polyvalents dont 10 lits PAPD, 4 lits identifiés soins palliatifs et 6 lits de psycho-gériatrie, 18 lits de CSG, une activité de consultation mémoire.

Descriptif du poste :

Les praticiens intégreront l'équipe médicale composée de 9 gériatres (7 PH titulaires, 2 praticiens contractuels) et 1 interne de médecine générale au CSG.

Ils pourront s'associer au projet de développement de filière gériatrique (hôpital de jour, ETP, Équipe mobile, conciliation médicamenteuse) et participeront au projet de reconstruction du nouvel hôpital (2023 pour la partie hébergement).

Ils travailleront en réseau avec les professionnels de santé du bassin aixois et dans le cadre du GHT.

Possibilité de formation pour apporter son expertise à la communauté médicale, aux patients et résidents du site : Capacité de gériatrie, DU de médecin coordonnateur, soins palliatifs, psycho-gériatrie, cardiogériatrie...

Possibilité de logement de fonction selon disponibilité.

Astreintes à domicile d'une semaine toutes les 15 semaines.

Recrute pour sa filière gériatrique 2 Médecins :

GÉRIATRE OU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

intéressé par la gériatrie

Sur un poste de PH titulaire, de PHC ou d'assistant avec perspective de poste de Praticien Hospitalier.

Temps plein ou temps partiel.
Postes libres dès que possible.



LES PERSONNES INTÉRESSÉES PEUVENT CONTACTER

Dr Muriel CARTRON, *Chef de service* : muriel.cartron@ch-metropole-savoie.fr
M. Romain PERCOT, *Directeur des affaires médicales* : dam@ch-metropole-savoie.fr



LE CENTRE GÉRONTOLOGIQUE DÉPARTEMENTAL MARSEILLE

Recrute

2 DOCTEURS EN MÉDECINE GÉNÉRALE OU GÉRIATRIE H/F

en court séjour gériatrique et HAD.

Candidature à adresser à : cgd@cgd13.fr



Le service de gériatrie de l'hôpital Renée Sabran, situé près de Toulon sur la presqu'île-de-Giens,

RECHERCHE UN PRATICIEN HOSPITALIER

(gériatrie, médecine physique et de réadaptation, médecine générale).

L'hôpital Renée Sabran est un établissement du CHU de Lyon.

Le service est composé d'une unité de court séjour (8 lits) et de 52 lits de SSR. Le médecin exercera sur les unités de médecine du vieillissement et de soins de suite et de rééducation. L'équipe médicale est composée de 3 PH temps plein.

Le service fait partie de l'Institut du Vieillessement des Hospices Civils de Lyon. Dans ce cadre, le praticien aura accès à la dynamique de travail collectif d'amélioration des pratiques professionnelles, de recherche et d'innovation dans le vieillissement et aux actions de formation médicales.

Poste de PH temps plein.

Possibilité de logement sur place.

Intégration possible au tour de garde de l'hôpital (nuits et week-end).

Pour toute information complémentaire et pour adresser votre CV, contacter le Docteur Charlet chef de service :

✉ veronique.charlet@chu-lyon.fr - ☎ 0494381510

<http://www.chu-lyon.fr/fr/service-medecine-vieillessement-soins-reeducation-readaptation-geriatriques-renee-sabran>



LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE MANOSQUE (04)

Situé à 35 minutes d'Aix-en-Provence



RECRUTE

MÉDECIN GÉRIATRE

Temps plein ou Temps partiel.

Praticien hospitalier ou contractuel.

PROFIL : Intervenant au sein du Service de médecine de court séjour gériatrique d'une capacité d'accueil de 30 lits (3 secteurs de 10 lits avec travail en trinôme Médecin-IDE-Aide-soignant).

PROJETS DU SERVICE : Développement de la consultation mémoire, de l'équipe mobile de gériatrie et des consultations d'oncogériatrie.

MISSION : Intégration à l'équipe médicale du service (actuellement 2 PH titulaires dont un à temps plein et un à 80 %), service agréé pour recevoir des internes, participation aux astreintes opérationnelles du pôle de médecine (assurées par 10 praticiens, le pôle compte 12 ETP de PH), capacité à travailler en équipe, participation aux projets du service.

FORMATION : Diplôme de docteur en médecine (inscription à l'ordre des médecins) - Capacité ou DESC de gériatrie, ou DU dans la discipline gériatrique (ou en cours de formation).

ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL : Ce service s'insère dans un pôle de spécialités médicales et oncologie composé de 5 autres services : médecine interne et soins palliatifs, médecine cardiologique, hôpital de semaine à orientation en diabétologie, hôpital de jour d'oncologie, équipe territoriale de soins palliatifs. L'établissement dispose d'un service d'urgence et SMUR avec une UHCD de 8 lits, un service de surveillance continue de 8 lits, un pôle chirurgical (orthopédie-traumatologie, chirurgie viscérale et endoscopie, ORL, ophtalmologie, urologie, chirurgie dentaire), un pôle femme enfant (8 lits de pédiatrie, maternité, chirurgie gynécologique), PUI, Imagerie conventionnelle, scanner et IRM sur site, LBM sur site.

CONDITIONS FINANCIÈRES : Négociables selon ancienneté et statut (avec possibilité de prime d'exercice territorial si exercice temps partagé multisites souhaité, et/ou prime d'engagement dans la carrière hospitalière si statut de Praticien Contractuel avec perspective concours de PH).

ATOUTS DE LA RÉGION : Accès par autoroute, gare SNCF, 5 navettes quotidiennes vers aéroport Marseille-Provence et Aix-en-Provence gare TGV - Ensoleillement 2600 h par an, proximité stations de ski des Alpes (2H), de Marseille et de la mer Méditerranée (1H) et du site du Verdon (50 minutes) - Cadre de vie privilégié avec accès aisé à la propriété - Présence d'un établissement d'enseignement international (de la maternelle au baccalauréat) en face de l'hôpital.

CONTACTS

Renseignements : Dr Adeline BESNIER, *Chef de service* – besnier.a@ch-manosque.fr – 04 92 73 43 20
Claire ALLOUD, *Directrice adjointe RH et Affaires Médicales* – drh@ch-manosque.fr – 04 92 73 42 30



Le CH Sud-Gironde situé à 30 min de Bordeaux par l'autoroute et à 1 heure de l'océan, d'Arcachon-Cap-Ferret et à proximité des Pyrénées, sur l'axe Bordeaux-Toulouse, est un établissement en pleine mutation. Il est en Direction commune avec 5 établissements.

La Direction commune se compose des établissements suivants : • CH Sud-Gironde • CH Podensac • CH Monségur • CH Bazas • CH Cadillac

Le Centre Hospitalier Sud-Gironde est établi sur 2 sites : • Site de Langon • Site de La Réole

Nous recherchons pour compléter notre équipe médicale dynamique et innovante

MÉDECIN GÉRIATRE h/f à temps plein

L'équipe de gériatrie est actuellement composée de 6 ETP de gériatres.

La filière gériatrique se compose d'un service de Court Séjour de 12 lits (20 dont 5 en U.P. en projet), d'un S.S.R. de 40 lits dont 20 gériatriques, d'une Consultation Mémoire labellisée, d'un Hôpital de Jour S.S.R. (stimulation cognitive), d'un Hôpital de Jour gériatrique (bilans et oncogériatrie en projet), d'une Équipe mobile intra et extra-hospitalière et une coordination commune de 2 E.H.P.A.D. sur chaque site, mais aussi d'une U.P.O.G. et d'une U.P.U.G. en projet.

L'hôpital a été rénové en grande partie en 2016 et dispose d'un plateau technique complet et performant : IRM, Scanner (site de LANGON), radiologie conventionnelle et échographie (site de LA RÉOLE), des urgences (site de LANGON), d'un Centre d'Accueil des Premiers Soins (site de LA RÉOLE), une surveillance continue, des services de médecine (cardiologie, médecine interne et soins palliatifs, gériatrie, gastro-entérologie), de chirurgie (orthopédique, digestive, gynécologique, vasculaire), de maternité et de soins de suite et réadaptation, d'un laboratoire et d'une pharmacie sur chaque site.

Son activité, notamment gériatrique, est en augmentation permanente et de nouveaux projets tant architecturaux que d'offres de soins sont en cours et prévus pour 2020/2021.

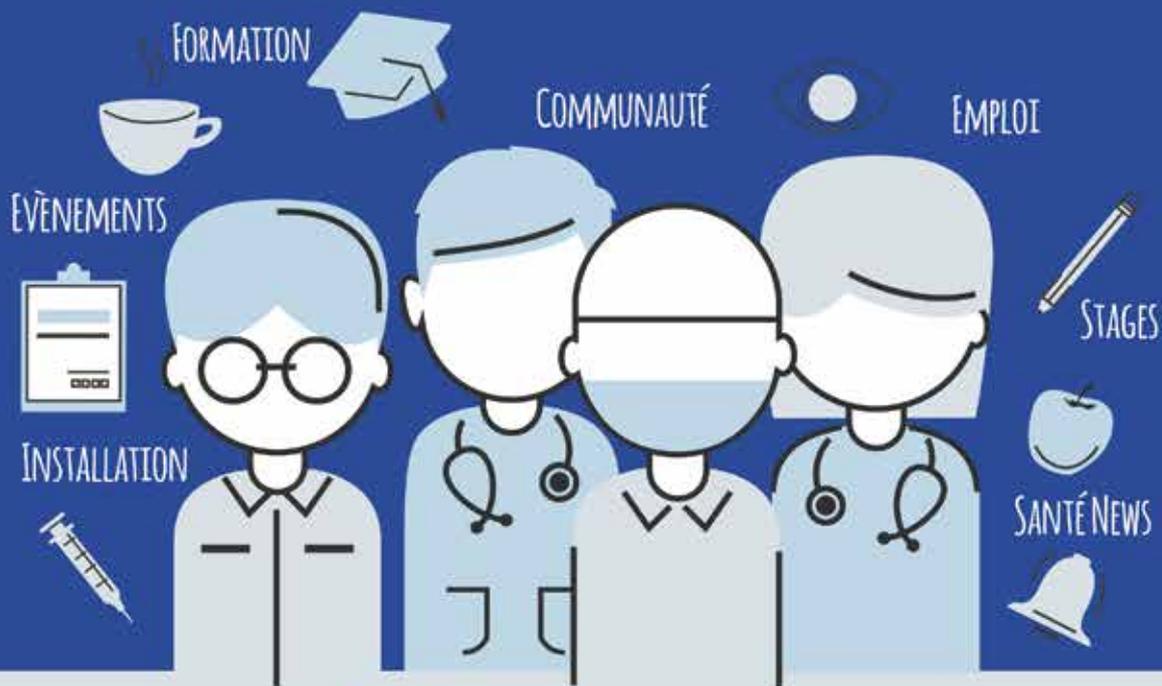
Cette création de poste peut être ouvert immédiatement. Le ou la candidat(e) doit être inscrit(e) au Conseil de l'Ordre.

Le Sud-Gironde offre un cadre de vie remarquable à proximité de BORDEAUX, du Bassin d'Arcachon, de l'Océan et à environ 2 heures des Pyrénées.

Adresser lettre de motivation et CV à :

Centre Hospitalier Sud-Gironde - Site de La Réole - Direction des Affaires Médicales
37 Chemin de Ronde, 33190 La Réole - isabelle.robert@ch-sudgironde.fr





Réseau PRO Santé

VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE

