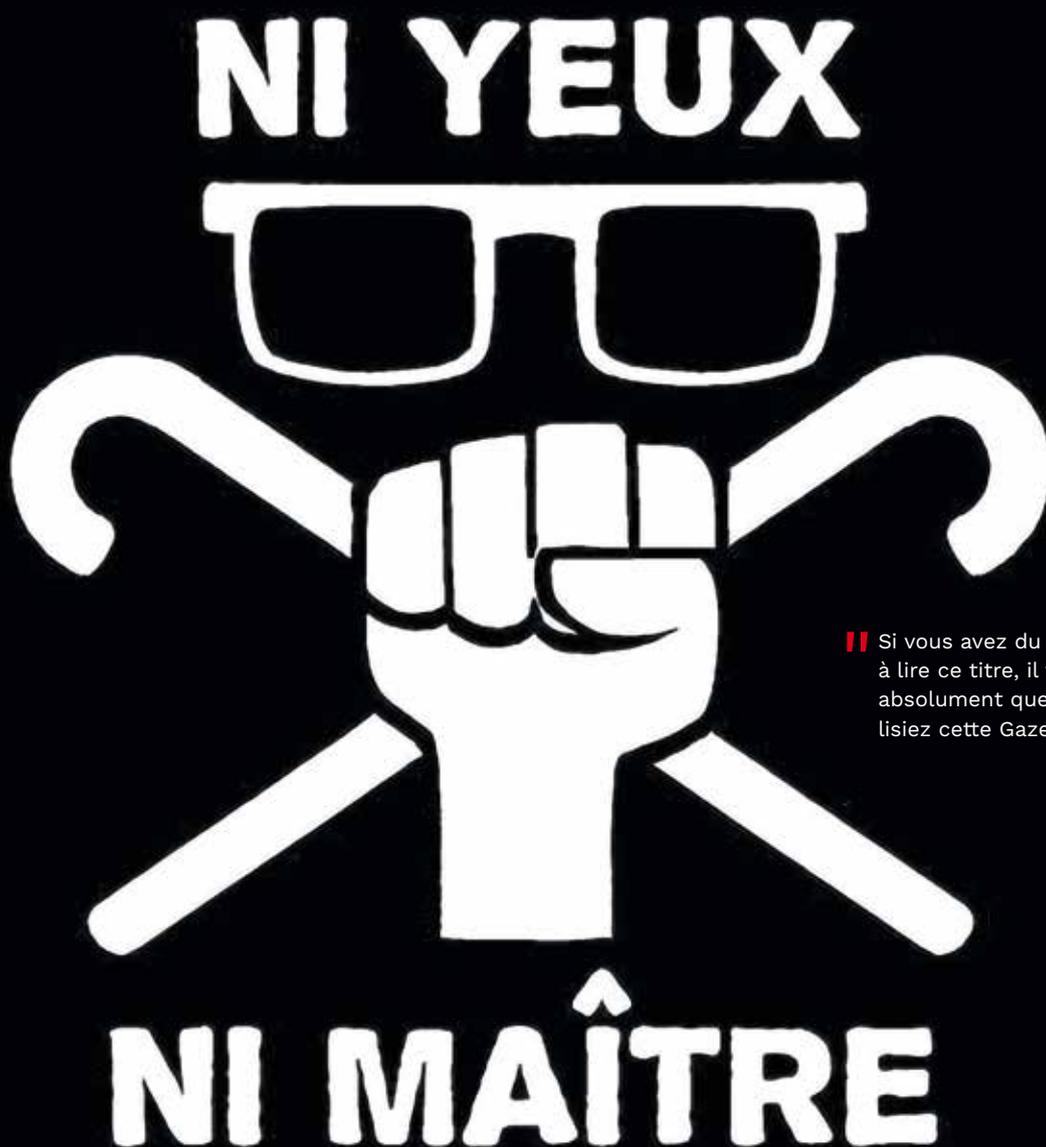


LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#24

SEPTEMBRE 2020 - NUMÉRO GRATUIT



|| Si vous avez du mal
à lire ce titre, il faut
absolument que vous
lisiez cette Gazette. ||

Lupano-Cauuet-Dargaud®

Association des Jeunes Gériatres

www.assojeunesgeriatres.fr



LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#24

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)

Pr 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)

Dr 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



ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES
www.assojeunesgeriatres.fr

SOMMAIRE

03 ÉDITORIAL

04 ARTICLE THÉMATIQUE

Dégénérescence maculaire liée à l'âge

07 FOCUS GÉRIATRIQUE

Filière de soins pour prendre en charge la déficience visuelle à travers le programme ICOPE

11 FICHES MÉTIER

Opticien et Orthoptiste

16 FICHES PRATIQUES

Fiche conseil : Basse Vision

Pathologies fréquentes ou sévères de la personne âgée

20 IDÉES REÇUES

21 FICHE DU MÉDICAMENT

Tableau des collyres

23 ACTUALITÉS AJG

24 BIBLIOGRAPHIE

Répercussions de troubles visuels sur la marche.
Altered vision destabilizes gait in older persons

27 CAS CLINIQUE

Des troubles visuels révélateurs d'une affection neuro-dégénérative

32 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, Chers lecteurs,

C'est avec un peu de retard mais avec toujours beaucoup de plaisir que nous vous présentons ce numéro de la Gazette du Jeune Gériatre !

Les troubles visuels sont fréquents chez nos patients âgés. Mais malheureusement, nous Gériatres, nous ne sommes pas forcément à l'aise dans leur évaluation et leur prise en charge car il s'agit d'un domaine très spécifique. Ainsi, après avoir refait un point clair et précis sur la DMLA, vous pourrez (re) découvrir le programme de soins intégrés pour personnes âgées de l'OMS : "ICOPE".

Puis, nous vous proposons de faire plus ample connaissance avec des partenaires très importants pour une bonne prise en charge de nos patients malvoyants (mais que nous utilisons probablement trop peu). Il s'agit des opticiens et orthoptistes. Vous ne connaissez pas la différence !? Promis, vous y verrez plus clair quelques pages plus loin.

Ensuite, dans les "Fiches pratiques", "Idées reçues" et "Fiche du médicament", vous retrouverez de nombreuses informations dont vous pourrez vous servir au quotidien.

Enfin, nos articles "Bibliographie" et "Cas clinique" nous permettrons d'illustrer le fait que la vision est au carrefour de bien d'autres de nos fonctionnalités.

Et bien sûr, votre bureau vous a récapitulé les dernières actualités de votre association.

En espérant que ce nouveau numéro vous plaira, nous vous en souhaitons une très bonne lecture.

Gériatriquement vôtre,

Sophie SAMSO et Alexandre BOUSSUGE
Rédacteurs en chef

PS : Nous n'imaginons pas que vous n'avez pas reconnu sur la couverture le logo du groupe d'action de Pierrot dans Les vieux fourneaux... n'y voyez pas un message d'annonce de "terrorisme situationnel" de notre part (quoique par moment on peut penser que ça ne ferait probablement pas de mal...). Un grand merci à Lupano-Cauued-Dargaud@ pour nous avoir permis d'utiliser cette illustration et ainsi de leur faire un petit clin d'œil !

DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE LIÉE À L'ÂGE

Généralités

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) représente la cause la plus fréquente de malvoyance chez les personnes de plus de 50 ans dans les pays industrialisés. C'est une maladie dégénérative progressive de la rétine. Sa prévalence augmente avec l'âge pour atteindre environ 10 % des sujets de plus de 75 ans (1). Elle est d'origine multifactorielle, associant des facteurs environnementaux à des facteurs de prédisposition génétique. On distingue la **maculopathie liée à l'âge** (MLA) (drusen et/ou altérations pigmentaires maculaires) de la DMLA.

La MLA est plus fréquente que la DMLA et en est un stade précurseur et un facteur de risque d'évolution vers une DMLA avancée. Suivant l'aspect des lésions, le risque d'évolution vers une DMLA constituée est variable : faible pour les drusen miliaires ou les drusen séreux de petite taille et important pour les drusen séreux de grande taille, les modifications pigmentaires et les pseudo-drusen réticulés.

On distingue classiquement 2 types de DMLA :

- **La DMLA atrophique** ou « sèche » : atrophie complète ou partielle de l'épithélium pigmentaire, des photorécepteurs et raréfaction de la choriocapillaire. La DMLA atrophique progresse généralement plus lentement que la DMLA exsudative, mais actuellement il n'existe pas de traitement efficace dans la DMLA atrophique permettant de stabiliser la maladie (3).
- **La DMLA exsudative ou néovasculaire** ou « humide » : existence d'une néovascularisation choroïdienne avec des signes exsudatifs dans la rétine qui traduisent l'activité du néovaisseau et des hémorragies rétinienne maculaires. Sans traitement, le néovaisseau évolue vers une cicatrice fibrosée maculaire avec perte de vision définitive. L'apparition des injections intravitréennes d'anti-VEGF (*Vascular Endothelial Growth Factor*) dans les années 2000 a changé de façon importante le pronostic visuel des patients atteints de DMLA exsudative (forme la plus sévère de DMLA, pouvant s'aggraver rapidement en l'absence de traitement).

Des formes mixtes associent atrophie et néovascularisation maculaires (2).

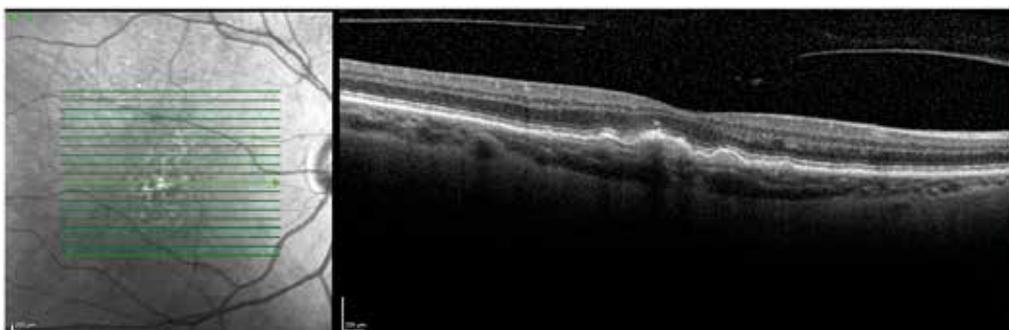


Illustration 1 : Patiente de 83 ans présentant une maculopathie liée à l'âge avec des drusen séreux.

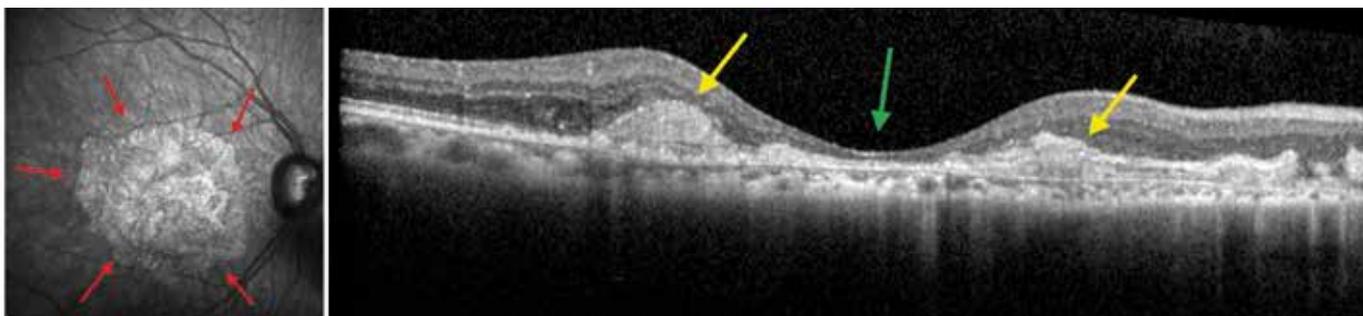


Illustration 2 : Patiente de 82 ans atteinte de DMLA essentiellement atrophique. Sur le cliché de gauche en infrarouge, on voit la plage d'atrophie qui apparaît plus claire (zone délimitée par les flèches rouges). Sur l'image de droite (OCT maculaire), on observe un amincissement de la rétine maculaire (flèche verte), ainsi qu'un néovaisseau fibrosé (flèche jaune).

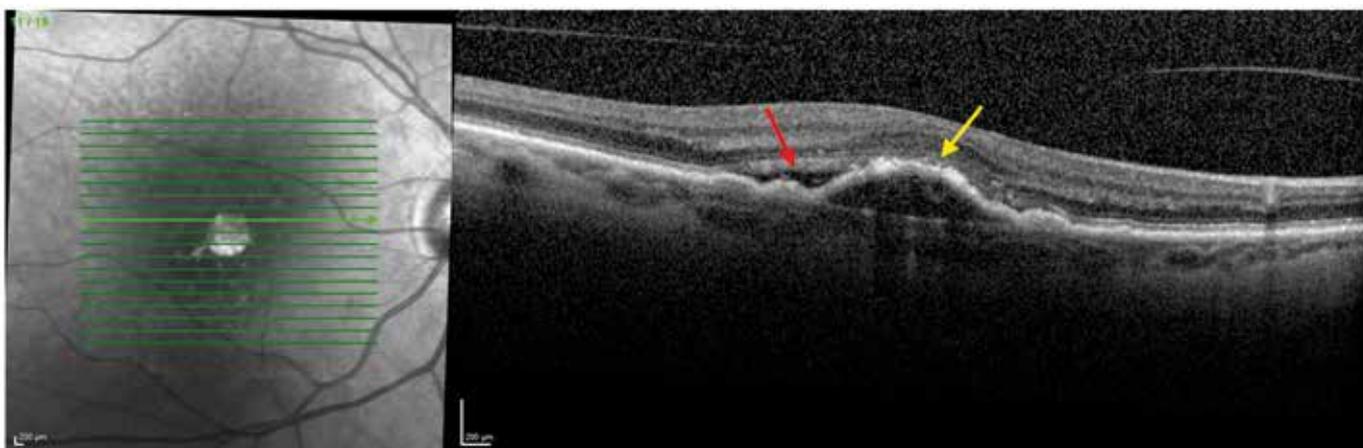


Illustration 3 : Patiente de 84 ans présentant une DMLA exsudative, avec un néovaisseau actif : présence d'un décollement séreux rétinien (zone hyporéfective montrée par la flèche rouge) en bordure d'un décollement de l'épithélium pigmentaire (flèche jaune).

Signes d'appel

Il est important d'évoquer une pathologie rétinienne maculaire et en particulier une DMLA chez un sujet de plus de 50 ans quand le patient ressent une perception déformée des lignes droites et des images (métamorphopsies) associée ou non à une baisse de l'acuité visuelle. D'autres signes visuels peuvent être présents comme par exemple :

- Une ou plusieurs tâches sombres perçues par le patient dans sa vision centrale (scotomes).
- Une diminution de la perception des contrastes, une gêne en vision de nuit ou encore une difficulté à la lecture.

Un examen par un ophtalmologiste doit être réalisé rapidement (dans la semaine) avec réalisation d'un fond d'œil avec dilatation pupillaire et d'un OCT (tomographie par cohérence optique) maculaire en présence de ces symptômes chez un patient de plus de 50 ans.

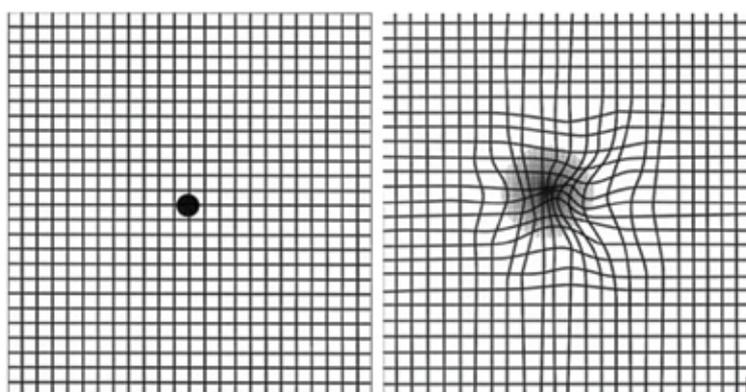


Illustration 4 : Grille d'Amsler normale (à gauche) utilisée pour l'autosurveillance des patients et ce que perçoit un patient présentant un syndrome maculaire (scotome central et métamorphopsies) (à droite).

Traitements

Pour tous les stades :

- Photoprotection.
- Arrêt du tabac.
- Conseils alimentaires : favoriser une alimentation riche en fruits frais, en légumes à feuilles vertes, poissons gras.
- Compléments alimentaires issus des études AREDS (lutéine et/ou zéaxanthine, vitamines C et E, zinc) +/- compléments alimentaires à base d'oméga 3.

Pour les formes sévères de DMLA atrophiques et les DMLA exsudatives évoluées avec acuité visuelle basse :

- Rééducation basse vision, aides optiques (systèmes grossissants, ...).

Pour la DMLA exsudative :

- Réalisation d'injections intravitréennes (IVT) d'anti-VEGF : on débute généralement par 1 IVT d'antiVEGF tous les mois pendant 3 mois puis le rythme des IVT dépend de la réponse du patient et de l'activité du néovaisseau à l'OCT (actif ou disparition des signes exsudatifs). Deux anti-VEGF ont actuellement l'AMM dans la DMLA exsudative : le ranibuzimab (Lucentis®) et l'aflibercept (Eylea®).

Effets des IVT

Les IVT d'anti-VEGF sont généralement efficaces et permettent d'obtenir une stabilisation et souvent un gain d'acuité visuelle chez les patients atteints de DMLA exsudative.

Les effets indésirables sont essentiellement liés au site d'injection :

- Endophtalmie : infection de l'œil ayant pour site primitif le vitré, très rare, < 1 cas / 5000 IVT mais pouvant conduire à la perte définitive de la vision voire de l'œil, se traite par des IVT d'antibiotiques. Les micro-organismes les plus fréquents sont les bactéries de la flore commensale cutanée. La prévention se fait par des règles d'asepsie strictes lors de la réalisation des IVT, en conditions stériles dans une salle dédiée, avec l'utilisation de Bétadine ophtalmique® et respect des temps de pose.
- Cataracte si l'aiguille touche le cristallin, risque de décollement de rétine si l'IVT est faite trop postérieure par rapport au limbe.
- Effets indésirables non graves : irritation de la surface oculaire liée à la Bétadine® (larmolement, sécheresse oculaire,...), hémorragie sous-conjonctivale.

Suivi

Le suivi dépend du type de DMLA, du caractère uni- ou bilatéral et de l'activité de la maladie. Il peut être mensuel pour les formes sévères de DMLA exsudatives. Les consultations ophtalmologiques et les IVT peuvent être espacées si la DMLA répond bien aux IVT avec disparition des signes exsudatifs. Pour les formes atrophiques, le suivi est généralement tous les 6 mois.

Pour la MLA le suivi est généralement annuel.

L'autosurveillance avec une grille d'Amsler (en monoculaire, en se cachant un œil puis l'autre) et l'éducation du patient sont importantes. Il est essentiel que le patient revienne entre 2 consultations programmées s'il constate une baisse de vision et/ou une augmentation des métamorphopsies. En cas d'IVT, le patient est informé des signes d'alerte devant amener à suspecter une endophtalmie dans les jours suivant la réalisation de l'IVT : œil rouge, douloureux et baisse de vision brutale.

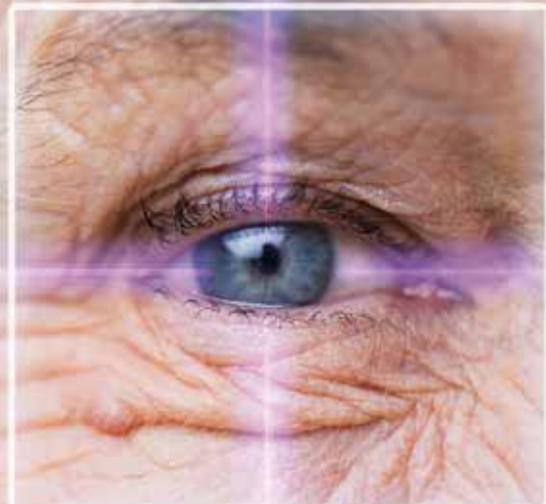
Bibliographie

1. HAS Recommandations de bonne pratique : Dégénérescence maculaire liée à l'âge : prise en charge diagnostique et thérapeutique. 22 avril 2013.
2. Rétine Volume 7 : Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) - Myopie et étiologies de la néovascularisation choroïdienne. Dr Salomon Yves Cohen – Dr Gabriel Quentel. Editions Lavoisier. 2012.
3. Macular atrophy in the HARBOR Study for neovascular Age-Related Macular Degeneration. Sadda SR, et al. Ophthalmology. 2018.

Dr Pauline EYMARD

Assistante spécialiste segment postérieur
Ophtalmopôle, Hôpital Cochin, Paris
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

FILIÈRE DE SOINS POUR PRENDRE EN CHARGE LA DÉFICIENCE VISUELLE À TRAVERS LE PROGRAMME ICOPE



ICOPE ?

Le programme ICOPE (« Integrate Care for Older People », ou « Soins intégrés pour la personne âgée » en Français) a vu le jour en octobre 2017 grâce à l'Organisation Mondiale de la Santé qui a souhaité apporter un outil concret pour permettre ce qu'elle avait définie quelques années plus tôt comme un « vieillissement en bonne santé », à savoir : « aider à développer et à maintenir les capacités fonctionnelles pour favoriser le bien-être [...] et permettre

aux personnes d'être et de faire ce qu'elles estiment être en accord avec leurs principes » (1, 2).

Les capacités fonctionnelles y sont conceptualisées comme la résultante des capacités intrinsèques de l'individu et de l'interaction qu'il a avec son environnement.

Un vieillissement réussi n'est donc plus vu simplement comme l'absence de maladie.

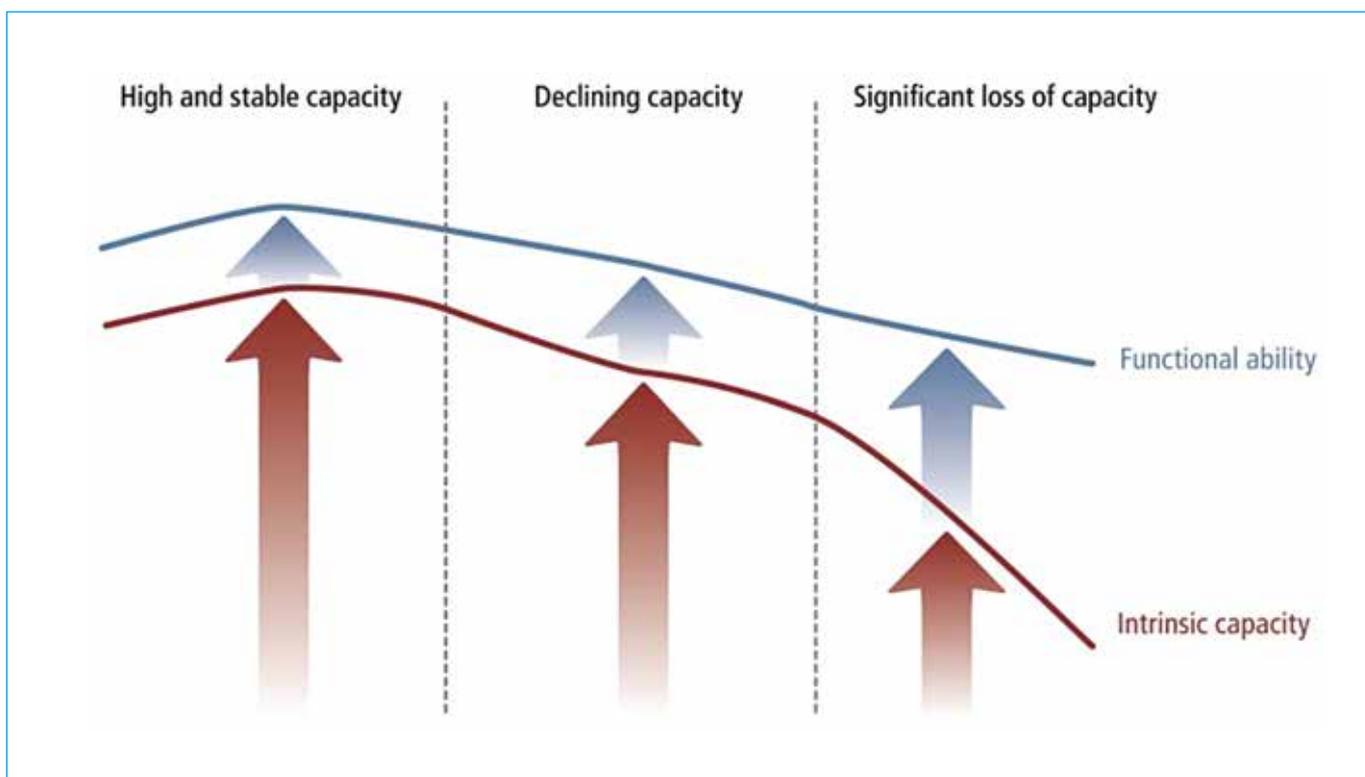


Figure 1 : A public health framework for *Healthy Ageing* : opportunities for public-health action across the life course. Intrinsic capacity and functional ability do not remain constant but decline with age as a result of underlying diseases and the ageing process (1).

Ce programme s'intègre également dans un contexte d'augmentation de la proportion de sujets âgés dans le monde et d'une augmentation des besoins vis-à-vis de la prise en charge de pathologies chroniques et de la dépendance.

Après 2 années de travail regroupant de nombreuses personnes impliquées dans la prise en charge de la personne âgée à travers le monde, ce programme a vu le jour. Il a comme objectif d'augmenter les capacités fonctionnelles en augmentant les capacités intrinsèques (Figure 1). Il est important d'insister sur 3 points :

- Les personnes âgées qui nécessitent des aides dans les activités de la vie quotidienne le sont à cause d'une capacité fonctionnelle insuffisante et non à cause de leur âge uniquement (qui n'est pas un bon marqueur de l'état de santé à lui seul... il faut encore le rappeler).
- Pour améliorer leur capacité fonctionnelle, il est possible d'agir sur leur capacité intrinsèque ! En d'autres termes, pour palier une incapacité il n'est pas toujours nécessaire d'apporter une aide technique ou humaine mais il est possible d'agir sur la déficience elle-même.

- Même chez une personne âgée il est possible de dépister une perte de capacité intrinsèque et de prévenir le cas échéant la perte de capacité fonctionnelle.

Les domaines évalués par le programme ICOPE sont la perte de mobilité, la malnutrition, la déficience visuelle, la déficience auditive, le déclin cognitif, les symptômes dépressifs, la prise en charge et le soutien sociaux et le soutien aux aidants. Dans un premier temps, un test de dépistage dans chaque domaine est réalisé puis une évaluation plus approfondie a lieu en cas de besoin. Après cette étape, les préférences de la personne sont explorées. Et enfin, le plan de soins est personnalisé en fonction de ces données.

Une des nouveautés de ce programme est que la première étape de dépistage ne doit pas obligatoirement être réalisée par des professionnels de santé formés mais peut être réalisée par la personne elle-même ou une personne de son entourage.

Avez-vous des problèmes oculaires, des difficultés pour voir de loin, lire, des maladies oculaires ou êtes-vous actuellement sous traitement médical (p. ex., diabète, hypertension artérielle, corticoïde) (3) ?



Si à cette question la personne âgée répond « Oui », il faudrait approfondir les explorations par un examen ophtalmologique complet.

En effet, la vision est essentielle pour permettre à la personne d'être mobile (via son impact sur l'équilibre et l'appréhension de son environnement) et d'interagir en toute sécurité avec son environnement (recevoir des informations, avoir des relations sociales et exécuter des tâches manuelles).

Des difficultés visuelles peuvent impacter (directement ou indirectement) leur état psychologique.

Si la personne répond « Non », des tests simples de la vision de loin puis de près sont recommandés par l'OMS pour dépister une déficience.

Ces tests pourront se faire à l'aide d'échelles d'acuité visuelle simple de l'OMS (Figure 2), qui ne nécessite pas que la personne sache lire ou même qu'elle ne connaisse l'alphabet :



Figure 2 : Échelle d'acuité visuelle simple de l'OMS

De loin puis de près, sans puis avec l'aide visuelle habituelle de la personne, chaque œil sera testé. La personne devra simplement dire dans quelle direction les « E » pointent (par exemple le « E » en haut à gauche pointe vers le haut alors que celui en bas à droite point vers la gauche).

En parallèle de ce dépistage, une attention particulière sera à apporter aux facteurs de risque cardio-vasculaires (encore eux oui !).

Après la prise en charge médicale, la personne devra souvent utiliser des aides techniques... mais sa prise en charge ne s'arrête pas là. Il faudra bien s'assurer qu'elle les utilise correctement.

Outil mobile

Revenons quelques instants sur la mise en application de ce programme ICOPE. Aussi intéressant soit-il, il est important de se poser la question de sa faisabilité et d'anticiper les actions à mener pour qu'il soit réalisable. Ce travail a été réalisé au cours d'une étude qualitative selon la méthode Delphi et les résultats ont été présentés par A. M Briggs et I. Araujo de Carvalho fin 2018 (4). Dix-neuf actions ont été retenues de manière consensuelle parmi des répondants issues de pays de haut, moyen ou bas niveaux économiques. Ces propositions portaient sur l'organisation du système de santé et sur l'organisation des services prenant en charge les personnes âgées.

En plus, les pays à haut niveau économique ont retenu la proposition « Utiliser des stratégies numériques pour soutenir l'autogestion ». C'est dans cette optique qu'une application mobile a été développée par le Gérontopôle du CHU de Toulouse : « ICOPE MONITOR ». Le CHU de Toulouse est un centre collaborateur de l'OMS sur la fragilité. Cette application a été mise au point en collaboration avec l'Agence Régionale de Santé Occitanie (5).

Elle permet de mesurer en quelques minutes les capacités de la personne âgée dans les différents domaines que nous avons cités plus haut. Elle est disponible depuis le 23/04/2020 sur les plateformes de téléchargement *Google Play* et *Apple Store*.

Toutes les données saisies dans l'application mobile sont collectées dans une base de données sécurisée. En cas de perte de fonction de la personne âgée, une alerte est générée automatiquement et envoyée au centre de télésuivi ICOPE du Gerontopôle. Une infirmière rappelle alors la personne pour confirmer ou infirmer la perte de fonction. Si celle-ci est avérée, le médecin traitant est contacté pour se mettre en lien avec elle et lui proposer une évaluation plus approfondie.

Les ergothérapeutes, opticiens et orthoptistes seront alors d'une grande aide et ils pourront également initier ou compléter la prise en charge en recherchant des liens entre les troubles visuels, des troubles neuro-visuels et leur répercussion sur l'équilibre.

Enfin, malheureusement, si la personne a une déficience visuelle incurable, des adaptations de son environnement et des conseils spécifiques lui seront d'une grande aide (cf. Fiche conseil « Basse vision » page 16).

Il faudra être vigilant à l'apparition de symptômes dépressifs associés.



En conclusion

Le programme ICOPE est un outil supplémentaire (et ICOPE MONITOR une interface supplémentaire) qu'il faudra apprendre à manier.

En pratique, on peut se poser la question de l'utilisation de cette application par des personnes âgées ayant des troubles visuels, cognitifs ou de la mobilité fine au niveau des doigts.

Cette approche a le mérite d'être très systématique et surtout de rappeler que la personne est au cœur (et même actrice) de sa prise en charge.

Un tel suivi pourrait entraîner une consommation de soins jugés par certains comme déraisonnables et imposés aux personnes âgées. A ceux-là, on peut répondre deux choses :

- A l'heure actuelle, nous n'avons que peu de données sur les personnes âgées vivant à domicile ; ces données manquent cruellement dans certains domaines ne permettant pas d'avoir un niveau de preuve important pour certaines recommandations (6). Ce retour d'informations pourrait permettre de compléter nos connaissances et d'affiner notre raisonnement. Il faudra aussi rester vigilant à l'utilisation qui sera faite des banques de données ainsi générées.
- Il faut bien se souvenir que les préférences de la personne seront explorées et que le plan de soins personnalisés est à établir en fonction de celles-ci.

Comme nous l'avons rappelé, la personne âgée elle-même est au cœur de sa prise en charge mais les médecins traitants **ont encore une fois** un rôle crucial... encore faut-il leur donner les moyens pour remplir cette mission.

On peut également imaginer que le travail de dépistage et de suivi puisse faire partie des missions d'une Infirmière de Pratique Avancée en Gériatrie...mais pour le moment, cette IPAG n'existe pas encore.

La prise en charge globale avec des dépistages précoces sera sûrement la clef d'un vieillissement réussi pour de nombreuses personnes dans le futur et l'OMS se donne les moyens pour cela. A nous, Gériatres, de nous approprier cette méthode, de la diffuser autour de nous et de faire en sorte qu'elle soit réalisable en pratique.

Référence

1. Integrated Care for Older People: Guidelines on Community-Level Interventions to Manage Declines in Intrinsic Capacity [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cité 15 août 2020]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK488250/>
2. World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2015 [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>
3. Organisation mondiale de la Santé Bureau régional de l'Afrique. Manuel - Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires [Internet]. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique; 2019 [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329945>
3. Briggs AM, Araujo de Carvalho I. Actions required to implement integrated care for older people in the community using the World Health Organization's ICOPE approach: A global Delphi consensus study. PLoS One. 2018;13(10):e0205533.
4. Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse. ICOPE MONITOR, une application pour prévenir le déclin des fonctions chez les personnes âgées [Internet]. 2020 [cité 15 août 2020]. Disponible sur : <https://www.chu-toulouse.fr/icope-monitor-une-application-pour-prevenir-le>
5. Thiagarajan JA, Araujo de Carvalho I, Peña-Rosas JP, Chadha S, Mariotti SP, Dua T, et al. Redesigning care for older people to preserve physical and mental capacity: WHO guidelines on community-level interventions in integrated care. PLoS Med. 2019;16(10):e1002948.

Dr Alexandre BOUSSUGE
 CHU de Strasbourg
 Pour l'Association des Jeunes Gériatres
alexandre.boussuge@chru-strasbourg.fr

OPTICIEN ET ORTHOPTISTE

Pour la fiche métier de ce numéro de la Gazette du Jeune Gériatre, nous avons voulu mettre en avant deux métiers qui participent grandement à la prise en charge de la plupart des troubles visuels de nos patients.

L'opticien

M. Julien Perretier a accepté de nous éclairer sur son métier.



Je suis opticien lunetier diplômé du Lycée Technique de Morez (Jura) depuis 2001. Cette formation m'a permis de maîtriser la réalisation de lunettes équipées de verres correcteurs.

J'ai enchaîné ce diplôme par la formation d'optométriste ; un optométriste est un professionnel de la santé de l'œil et du système visuel qui assure un service oculaire et visuel complet incluant la réfraction (examen de la vue), la fourniture des équipements optiques et la réhabilitation du système visuel. La formation d'optométriste en France (Bac+5) s'effectue après l'obtention du BTS Opticien-Lunetier (Bac +2).

Les matières enseignées durant ces 3 ans d'études sont :

- L'examen de vue optométrique ;
- La contactologie (= correction d'un défaut visuel par une lentille de contact). L'adaptation des lentilles se fait par un professionnel formé à vérifier la bonne correction de l'amétropie et au bon respect du métabolisme de l'œil par la lentille ;
- La basse vision ;
- L'anatomie, les pathologies oculaires et systémiques avec symptômes visuels ;
- La neurophysiologie de la vision ;
- La biologie générale et pharmacologie générale.

Ces enseignements sont dispensés par des ophtalmologistes, des médecins généralistes, des chercheurs du CNRS, des biologistes ainsi que des optométristes français et étrangers.

Quel a été votre parcours professionnel ?

J'ai pratiqué mon métier d'optométriste pendant 10 ans, en Suisse, pays dont la législation permet de faire le contrôle de la vue et de proposer directement une paire de lunettes sans intervention d'un médecin.

En 2012, ma vie personnelle m'a amené en Alsace, où j'ai créé ma société d'opticien à domicile avec ma femme qui a la même formation que moi.

Nous proposons de nous déplacer au domicile du patient (et donc en institution le cas échéant) pour proposer des lunettes faites en fonction d'une ordonnance d'ophtalmologiste (je fais alors le métier d'opticien-lunetier) ou en fonction de mon examen de vue fait au lit du patient (je fais alors mon métier d'optométriste et ensuite d'opticien). Cet examen comporte l'évaluation de la santé générale, de la santé oculaire, les prises d'acuités visuelles, la réfraction (puissance de la meilleure correction) et une rétro illumination pour analyser le segment antérieur de l'œil. Je prends également en compte à cette occasion les activités (lecture, ordinateur, tv...), les envies et les remarques du patient.

J'oriente alors le patient soit vers un ophtalmologiste si nécessaire, soit vers une réalisation de lunettes que j'assure moi-même par la suite.

Dans ce cas, un compte rendu d'examen de vue précis est remis au médecin traitant du patient, qui me fournit une ordonnance pour que le patient puisse avoir une prise en charge financière pour ses futures lunettes.

A qui s'adressent vos services ?

Mes services sont très appréciés par les personnes âgées à domicile ou en EHPAD, à cause de la facilité de prise en charge. Je fais le contrôle de la vue dans le lieu de vie du patient, il est en confiance (pas de stress dû au transport) et dans son environnement habituel (prise en compte de la situation ergonomique, alitement permanent ou pas, activités ou pas qui rendent le contrôle particulièrement pertinent). Je prends toujours le temps d'expliquer et de poser les bonnes questions.

Je suis en moyenne 45 min avec la personne.

L'optique à domicile est peu répandue car avant 2012, l'opticien n'avait pas le droit de pratiquer son métier en dehors de son magasin.

Mon objectif est d'accompagner au mieux les patients âgés. Le bon fonctionnement de leur vue est une des clés pour une stimulation neurologique optimale.

Mes services sont très appréciés par les personnes âgées à domicile ou en EHPAD, [...]. Je fais le contrôle de la vue dans le lieu de vie du patient

Quelles limites rencontrez-vous ?

Les limites de mon intervention sont l'analyse du segment postérieur de l'œil. Pour cela, une dilatation est nécessaire et seul un ophtalmologiste peut le faire. Cependant, le traitement des pathologies du fond d'œil nécessite un traitement lourd et avec des améliorations limitées qui est régulièrement refusé par les patients âgés qui demandent plutôt à ce qu'on les accompagne sans une lourde prise en charge. Pour cela, de nombreux gériatres me font confiance !

N'avez-vous pas des difficultés législatives à avoir fait l'examen clinique puis à vendre les lunettes ? Faut-il absolument passer par une prescription médicale entre temps (mais qui n'est pas forcément celle d'un ophtalmologue) ?

Non, même si prescrire et vendre est très mal vu en France.

C'est pourquoi le métier d'optométriste n'a jamais vraiment percé.

Actuellement, la pression est de moins en moins forte car les nouveaux ophtalmologistes sont plus concentrés sur la chirurgie et moins sur la réfraction/examen de la vue.

De nombreux ophtalmologistes me font confiance mais cela a été un long travail d'explication. Il faut bien comprendre que si j'abuse de prescription pour vendre des lunettes, mes clients s'en seraient rendu compte et je ne travaillerais pas depuis 8 ans comme opticien à domicile. Je facture 30€ l'examen de vue car il arrive dans 30 % des cas que je ne fasse pas de lunettes après celui-ci. Il me faut un minimum de rémunération dans ces cas-là.

Ce qui me permet de ne pas être tenté de vouloir à tout prix gagner de l'argent par la vente de lunettes (s'il s'agissait de mon seul moyen de revenu).

Pour avoir un remboursement de lunettes, il faut soit une ordonnance d'ophtalmologiste soit une ordonnance d'un autre médecin qui note : « 1 monture et 2 verres correcteurs ». Dans ce cas, le médecin ne fait que constater que le patient a besoin de lunettes. Cette ordonnance n'a de légitimité que pour un remboursement.

Les montures justement, ont un coût certain et c'est un frein pour certains de nos patients qui ne peuvent pas se permettre des frais supplémentaires... existe-t-il des aides dont peuvent disposer les patients ?

Depuis 2020, le reste à charge 0 (rac0) a pour but de permettre aux plus défavorisés d'avoir des lunettes.

Elles sont totalement prises en charge. Le problème est que les prix ont été tirés au maximum. C'est un problème pour nous car si notre client choisit un rac0, nous facturons 30€ pour la livraison des lunettes car sinon nous nous y retrouvons pas...

Si le client ne choisit pas le rac0, les lunettes sont prises en charge par la mutuelle, prestation en fonction du contrat.

Dans certaines situation, les patients ont des troubles de la réfraction qui les embêtent ET nécessitent une chirurgie de la cataracte... mais qui n'aura lieu que dans quelques mois. Ils devront donc payer 2 paires de lunettes de manière rapprochée ?

Le patient pourra se faire rembourser les 2 paires. Après une intervention de la cataracte, il n'y a pas de délai d'attente pour avoir une prise en charge mutuelle.

Il suffit de noter "prescription suite à une opération de cataracte " sur l'ordonnance et le client a à nouveau un remboursement même si les précédentes lunettes datent de 6 mois. Cela permet aux patient d'attendre son opération dans de meilleures conditions.

M. Julien PERRETIER

Co-fondateur de MobilOpticien

www.mobilopticien.com

Pour l'Association des Jeunes Gériatres



L'orthoptiste

A présent, mesdames Emilie BONEL, Donatille GEISLER et Marion WOLFF ont accepté de répondre à nos questions. Voici leurs réponses...

Nous sommes des professionnels de santé qui pratiquent le dépistage, l'exploration, la rééducation et la réadaptation de la fonction visuelle.

Après le baccalauréat, l'accès à l'école d'Orthoptie se fait sur dossier, suivi d'un oral. Les études durent 3 ans.

L'école d'Orthoptie mène à un unique diplôme : le Certificat de Capacité d'Orthoptiste (équivalent

à un grade « Licence ») délivré par la faculté de Médecine.

Les études cumulent des cours théoriques et des stages pratiques en hospitalier (service d'ophtalmologie) et en cabinet libéral.

Nombreux sont les orthoptistes qui choisissent de se spécialiser par la suite dans divers domaines tels que le neuro-visuel, la basse-vision, la réfraction en lunettes et en lentilles, ...

L'orthoptiste peut exercer dans différentes structures :

- En cabinet libéral d'orthoptie ;
- Dans des cabinets libéraux d'ophtalmologie ;
- A l'hôpital ;
- En structure de Protection Maternelle et Infantile ;
- En centre spécialisé pour enfants ou adultes malvoyants ;
- En partenariat pour des actions de dépistages (Bus du glaucome par exemple).

Concrètement, quel est votre champ d'action ?

Nous nous occupons du diagnostic et de la prise en charge de différents troubles de la fonction visuelle :

- Troubles de l'oculomotricité (strabisme, insuffisance de convergence, paralysie oculomotrice, diplopie...);
- Troubles sensoriels et fonctionnels (amblyopie, asthénopie, troubles neuro-développementaux des apprentissages, malvoyance, troubles posturaux et vestibulaires);
- Troubles neuro-visuels (= trouble de la fonction visuelle résultant d'une atteinte centrale des systèmes d'intégration malgré des voies visuelles préservées) : dyslexie, dyspraxie, AVC avec hémianopsie, maladie de Parkinson.

A quels patients votre expertise est-elle destinée et comment pouvons-nous les orienter ?

L'orthoptiste travaille uniquement sur prescription médicale, que celle-ci émane d'un ophtalmologiste, médecin généraliste, ORL ou même d'un gériatre !

Les tarifs sont conventionnés.

Le public concerné est très large : allant du nourrisson à la personne âgée.

En fonction des ressources que vous avez dans votre secteur ou dans votre hôpital, vous pourrez faire appel à l'orthoptiste via différentes structures : les deux principales en termes de fréquence pour les personnes âgées sont les cabinets d'orthoptie ou d'ophtalmologie libéraux.

En cabinet d'orthoptie, nous proposerons au patient une prise en charge adaptée à chaque plainte. La rééducation orthoptique se déroule généralement autour de

3 axes : oculomoteur, sensoriel et fonctionnel. Ces 3 aspects sont étroitement liés :

- **La rééducation sensori-motrice** va principalement s'adresser aux patients présentant des signes d'asthénopie (= fatigue visuelle) : elle s'articule autour du développement de l'oculomotricité (poursuite visuelle, saccades, convergence, coordination oculo-vestibulaire...) et du développement des capacités fusionnelles et accommodatives (capacités à voir simple et net à toutes les distances). Cette prise en charge a pour but d'améliorer la vision binoculaire et d'optimiser l'efficacité des gestes visuels.
- **La rééducation fonctionnelle** va avoir pour but de rendre l'outil visuel le plus efficace possible dans divers domaines : troubles visuo-spatiaux, altération de l'oculolexique (=mouvements de lecture), difficultés de discrimination visuelle, altération des capacités d'exploration visuelle (=balayage).

Enfin, le cas particulier de la basse vision chez la personne âgée correspond à une rééducation à la fois oculomotrice, sensorielle et fonctionnelle. Dans cette situation, nous aiderons le patient à explorer son environnement proche en utilisant sa vision périphérique en cas de DMLA par exemple (par une excentration de la fixation avec ou sans aide optique), ou en bougeant sa tête ou ses yeux en cas de glaucome avancé. Nous proposerons alors des exercices de précision tels que le piquage, la lecture, l'exploration visuelle dans un texte ou une image.

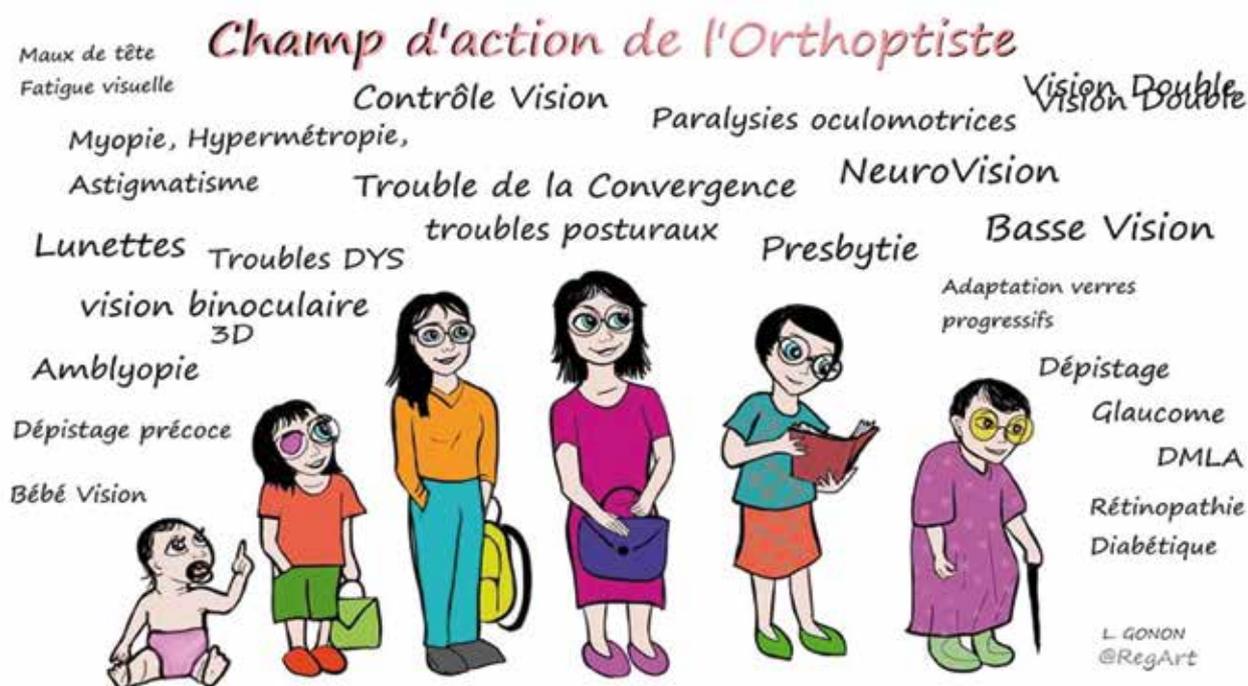
Des supports de la vie quotidienne (livre de cuisine, mots fléchés...) peuvent être adaptés et utilisés lors de cette rééducation.

En cabinet d'ophtalmologie, nous réaliserons les actes techniques préalables à la consultation de l'ophtalmologiste comme l'évaluation de l'acuité visuelle et le bilan oculomoteur. Nous réaliserons également les examens complémentaires nécessaires pour permettre à l'ophtalmologiste de poser un diagnostic, de suivre l'évolution et de proposer une prise en charge adaptée à chaque pathologie (analyse de la réfraction, tonométrie, Tomographie par Cohérence Optique, exploration du champ visuel, rétinophotographie, biométrie, angiographie, topographie cornéenne, vision des couleurs, instillation des collyres, explications et manipulation des lentilles...).

La vision est un système sensori-moteur complexe, c'est pourquoi l'orthoptiste est un acteur indispensable de la filière visuelle, notamment chez la personne âgée.

Nous sommes amenés à travailler en étroite collaboration avec différents corps de métier pour une prise en charge globale du patient : ophtalmologistes, opticiens, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes, orthodontistes, ...

En cas de basse vision particulièrement, l'orthoptiste a la possibilité (sur prescription permettant un remboursement) de se rendre à domicile pour conseiller le patient et son entourage sur l'optimisation de son environnement.



Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de la personne âgée ?

L'existence de **comorbidités** (surdité, difficultés à la marche, maladie d'Alzheimer, patients sous antidépresseurs...) complique souvent le déroulement de l'examen clinique ainsi que la compréhension des consignes et des explications (qui peuvent être nombreuses). Il est préférable qu'un accompagnateur soit présent lors des consultations.

Par ailleurs, certaines personnes ont du mal à accepter leur vieillissement en général, et surtout la perte d'autonomie liée à la basse vision.

C'est pourquoi nous expliquons toujours clairement que la r ducation ne va pas améliorer la vision, mais va lui donner des clés pour utiliser plus efficacement la vision restante.

Le suivi de la personne âgée, surtout s'il existe une pathologie oculaire, est très régulier et bien souvent coûteux (visites chez l'ophtalmologiste en libéral, acquisition de matériel de basse vision...). La personne âgée dépendante ou malvoyante dépend toujours d'un chauffeur pour mener à bien son suivi et ses prises en charge (souvent multiples).

En outre, les patients ne sont pas toujours au fait des aides humaines, matérielles et financières possibles.

Par exemple, compte-tenu de la forte demande en ophtalmologie et des délais d'attente qui peuvent être longs dans certains secteurs, les orthoptistes peuvent, depuis **avril 2020**, adapter les lunettes et les lentilles avec une ordonnance en cours de validité.

Il existe encore une méconnaissance de notre profession et de notre champ d'action, y compris parmi les professionnels du grand âge.

Emilie BONEL, Orthoptiste   Dorlisheim
Donatille GEISLER, Orthoptiste   Strasbourg
Marion WOLFF, Orthoptiste   Obernai
Pour l'Association des Jeunes G ri tres

FICHE CONSEIL : BASSE VISION



Malvoyance = acuité visuelle < 4/10^{ème} et/ou champ visuel ≤ à 20°.

Signes d'alerte = Patient qui

- Trébuche, se cogne (notamment la nuit) ;
- Marche plus lentement, moins loin ;
- Devient maladroit ;
- Se rapproche beaucoup des supports ;
- Ne s'intéresse plus à ses activités habituelles ;
- Se plaint de la luminosité ;
- Retire ses lunettes car ne voit pas de différence avec et sans ;
- Décrit des déformations.

Différentes façons de « mal voir »

Vision floue = Baisse d'acuité visuelle



Difficulté à voir à différentes distances.

- Rechercher un éblouissement, problème de vision nocturne ou un trouble de la perception des couleurs.

Cataracte, Amétropie forte, Nystagmus, Pathologies cornéennes, Pathologies de la macula.

Conséquences :

- Impossibilité d'identifier les médicaments, notices, posologies...
- Les déplacements en sécurité sont compliqués par difficultés d'appréciation des reliefs ou de la distance d'un obstacle.

Vision tubulaire



Déficit du champ visuel périphérique.

- Rechercher une vision en « trou de serrure » et un trouble de la vision nocturne.

Glaucome avancé ou la rétinopathie pigmentaire.

Conséquences :

- Les déplacements en sécurité sont impossibles par éblouissement et mauvaise appréhension de leur environnement.
- Les patients se plaignent souvent d'éblouissement tout en ayant besoin de lumière supplémentaire.
- L'acuité visuelle centrale peut rester bonne, permettant la cas échéant la lecture.

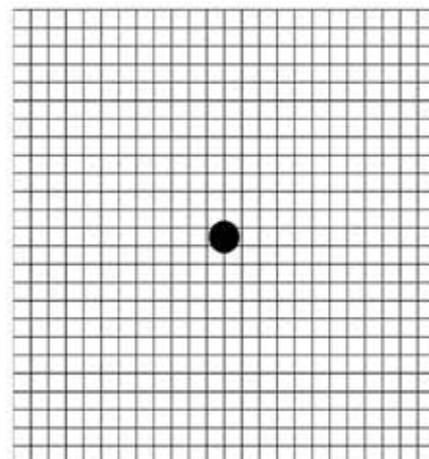
Scotome central



Pathologies de la macula (congénitales ou acquises -DMLA, œdème maculaire, ...-).

Conséquences :

- Vision précise impossible (lecture et la reconnaissance des visage) avec sensation de déformation centrale.
- Vision des couleurs perturbée.
- Vision périphérique subsiste : les patients peuvent s'orienter et se déplacer correctement.



Les adaptations immédiates

L'éclairage



Ni trop, ni pas assez !
Attention au contre-jour...



En extérieur, proposer des protections pour limiter l'éblouissement (lunettes de soleil, filtres thérapeutiques, casquette ou chapeau).

Les documents écrits

Les contrastes doivent être optimisés sur des documents simples : noir sur blanc. Le format A4 maximum est à privilégier pour éviter les retours à la ligne trop réguliers ou trop longs.

En cas de vision floue ou de scotome central, les textes devront être agrandis ; une loupe pourra être envisagée.

Des repères visuels ou tactiles pourront également être placés sur les documents importants (boîte de médicament par exemple).

Les contrastes



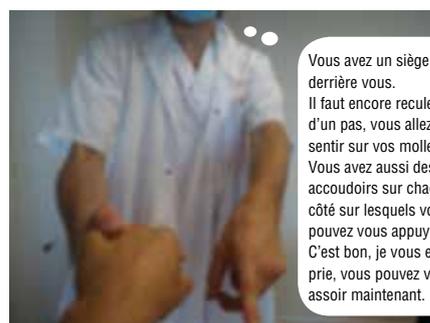
Outre les documents écrits, les contrastes peuvent être optimisés dans la vie quotidienne afin d'aider à l'autonomie des personnes malvoyantes.



La communication/l'échange



Face à la personne malvoyante, la communication est essentiellement verbale, tactile et éventuellement gestuelle.



Les déplacements



Le patient ne pourra pas toujours lire la signalétique.

Il faudra expliquer lentement et clairement le trajet en utilisant du vocabulaire adapté et détaillé (cf. page précédente).

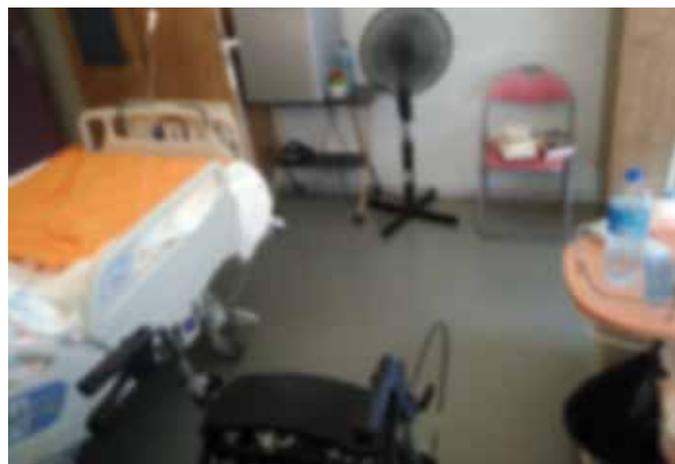
On peut également proposer au patient de le guider physiquement : il faudra alors se placer devant la personne et sur le côté d'environ un pas, la personne saisira le bras de l'accompagnant juste au-dessus du coude. Ainsi l'accompagnant précèdera la personne malvoyante et la protégera des obstacles en les anticipant.

Attention aux portes entre-ouvertes qui sont sources de difficultés.



L'environnement

Lorsque la personne malvoyante arrive dans un nouvel environnement (comme par exemple l'arrivée dans une nouvelle chambre), il faut lui préciser l'emplacement et la fonction des objets présents. Ne pas hésiter à lui proposer son aide pour ranger ses affaires et lui préciser où chaque élément va être rangé (et ne pas les changer de place sans prévenir la personne).



Les espaces encombrés sont sources de difficultés (et même dégagées, les chambres restent petites).

Aides techniques

Le choix puis l'apprentissage des aides techniques (loupes, filtres thérapeutiques, télé-agrandisseurs, etc.) se feront en collaboration avec l'opticien qui mettra à disposition le matériel le plus adapté avec les aides financières disponibles.

Bibliographie

1. Accompagnement des personnes âgées déficientes visuelles - Fédération des aveugles de France.
2. Accompagner et guider la personne aveugle. Savoir être et savoir guider. UNADEV.
3. Accueillir une personne déficiente visuelle - Guide à l'usage du personnel des hôpitaux et maisons de retraite. Fédération des aveugles de France.
4. Fiches-Repères EHPAD "savoir être" et "savoir faire". Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui sont en attentes dans les établissements pour personnes âgées.
5. Fiches-Repères EHPAD - du repérage à l'accompagnement. Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui sont en attentes dans les établissements pour personnes âgées.
6. Holzschuch C, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). Quand la malvoyance s'installe : guide pratique à l'usage des adultes et de leur entourage. Saint-Denis Cedex : Ed. INPES; 2008.

Bonel EMILIE, Orthoptiste à Dorlisheim
Geisler DONATILE, Orthoptiste à Strasbourg
Wolff MARION, Orthoptiste à Obernai
 Pour l'Association des Jeunes Gériatres

PATHOLOGIES FRÉQUENTES OU SÉVÈRES DE LA PERSONNE ÂGÉE

| Œil rouge Douleur BAV Paupières | Symptômes | Image | Pathologie | Exemples de traitement | Posologie - Durée | Physiopathologie |
|---|---|--|--|---|--|---|
| Paupières Œil blanc Douleur Pas de BAV | Brûlure oculaire chronique, larmoiement, bilatéral |  Blépharite avec sécrétions meibomiennes épaisses, paupières inflammatoires | Blépharite chronique | Soins de paupières : chauffer 5 minutes les paupières avec un gant de toilette humidifié et masser doucement Lubrifiants = larmes artificielles | A vie, soins de paupières : 1 fois par jour Lubrifiants à volonté par exemple (à partir de 2 gouttes par jour jusqu'à 6 à 8) Les associations de larmes artificielles sont possibles et recommandées | Obstruction des glandes de Meibomius à l'origine d'une sécheresse oculaire évaporative |
| Œil blanc Pas de BAV | Sensation de corps étranger, brûlure oculaire, photophobie |  Œil blanc, bon reflets cornéens, conjonctive blanche, peut être légèrement hyperhémie en cas de sécheresse sévère | Sécheresse oculaire | Lubrifiants (visméd, artelac, refresh, dulcilarmes, fluidabak, thealose, optive fusion...) | À volonté | Atrophie des glandes lacrymale avec le vieillissement |
| Paupières Œil blanc Pas de BAV Légère gêne | Cœdème de paupière, gêne |  Cœdème palpébral avec chalazion inflammatoire non centré sur un cil | Chalazion | Soins de paupières Sterdex | 1 mois 1 application matin et soir sur la paupière et dans l'œil 15 jours | Obstruction d'une glande de Meibomius et inflammation localisée réactionnelle |
| Œil rouge Pas de BAV | Larmoiement, terrain atopique Bilatéral |  Légère hyperhémie conjonctivale, Larmoiement | Conjonctivite allergique | Lavage oculaire (sérum physiologique sans conservateur) Anti-histaminique local : levofree ou zalerg ou monoketo | Lavage 2 à 4 fois par jour la durée des symptômes 1 goutte matin et soir pendant la durée de l'allergie (traitement chronique possible) | Inflammation conjonctivale secondaire à différentes réactions allergiques possibles (contact, saisonnière...) |
| Œil rouge Pas de BAV Pas de douleur | Larmoiement, Unilatéral, sécrétion |  Œil rouge, avec bon reflets cornéens, sans BAV | Conjonctivite infectieuse | En première intention : lavages oculaires ++ Dacudose Et antiseptique ou antibiotique probalibiste, par exemple : Tobrex® (tobramycine) ou Azyter® (azythromycine) ou Rifamycine | Lavage 4 à 8 fois par jour 15 jours 1 goutte 4 fois par jour 7 jours 1 goutte matin et soir 3 jours 1 goutte matin et soir 3 jours | Infection virale ou bactérienne conjonctivale associée à une réaction inflammatoire localisée |
| Œil rouge Pas de BAV Pas de douleur | Œil rouge sectoriel, indolore, de découverte fortuite le plus souvent |  Hyperhémie conjonctivale sectorielle | Hémorragie sous conjonctivale | Pas de traitement hormis lubrifiant en cas de sécheresse oculaire associée Contrôle de la tension artérielle | | Rupture spontanée (secondaire à HTA ou fragilité vasculaire) ou mécanique (friction de la conjonctive contre les paupières) d'un vaisseau conjonctival |
| Œil rouge Douleur BAV | Douleur aiguës Insomniantes, Unilatérale, Avec nausée, vomissement et baisse d'acuité visuelle |  Œil rouge, Mydriase, on aperçoit la cataracte dans l'aire pupillaire (reflet vert-jaunâtre) | Crise aiguë par fermeture de l'angle (=CAFA) | Consultation en urgence en ophtalmologie | Mise en route en Urgence d'un traitement hypotonisant après examen ophtalmologique. Iridotomie périphérique laser Laser préventif sur l'œil adelphe | Le plus souvent blocage de l'angle irido-cornéen du fait d'un cristallin de grande taille (=CAFA impossible si antécédent de chirurgie de la cataracte) |
| Œil blanc BAV Pas de douleur | Baisse d'acuité visuelle, Éblouissement, perte des contrastes |  Cataracte vue à lampe à fente après dilatation pupillaire (reflet jaune dans l'aire pupillaire). | Cataracte | Traitement chirurgical : phacoémulsification du cristallin puis mise en place d'un implant de chambre postérieure. | Les chirurgies de chaque œil sont généralement espacées de 2 à 4 semaines. Le traitement post-opératoire habituel comprend des antibio-corticoides pendant 4 semaines. Une dernière visite 2 à 4 semaines après la chirurgie permet d'ajuster la correction optique. | Opacification du cristallin |
| Œil blanc Pas de douleur BAV | Métamorphosies |  Perception déformée de la grille d'Amsler en cas de DMLA. A tester avec une correction optique adaptée, un œil à la fois. | DMLA exsudative probable | Consultation ophtalmo en Urgence : Confirme le diagnostic Indication d'une injection intra vitréenne d'anti VEGF. |  Photo d'un fond d'œil gauche avec des drusen et une hémorragie maculaire dans le cadre d'une DMLA exsudative | Néovascularisation rétinienne anormale dans l'aire maculaire, à l'origine d'un œdème rétinien. |

La chirurgie de la cataracte a un impact environnemental faible.

VRAI



et

FAUX



La chirurgie de la cataracte est une procédure courte et standardisée avec des taux de complications très faibles de l'ordre de 0,05 %. Elle est donc une candidate idéale pour l'analyse de son bilan carbone. Déjà 3 études, en Inde, en France et au Royaume-Uni ont retrouvées des émissions de CO₂ de 6 kg, 80 kg et 180 kg de CO₂ respectivement. La chirurgie de la cataracte est la chirurgie la plus pratiquée en France (plus de 800.000 actes en 2018). Agir sur son bilan carbone peut donc diminuer de façon non négligeable le bilan carbone du secteur de la santé. Celui-ci est responsable de 10 % des émissions de CO₂ des États-Unis et de 4,4 % des émissions de CO₂ sur la planète. Il existe l'association GreenCataract® qui agit pour calculer et compenser les émissions de CO₂ liées à la chirurgie de la cataracte en France.

La chirurgie de la cataracte chez les patients déments n'a aucun intérêt.

FAUX



R. Goldacre a relevé que les personnes souffrant de démence, peuvent être sous-diagnostiquées et sous-traitées pour des comorbidités spécifiques telles que la cataracte.

De nombreuses études ont démontrés que la chirurgie de la cataracte, en améliorant l'acuité visuelle améliore la qualité de vie. Il a aussi été montré que la correction d'une mauvaise acuité visuelle peut optimiser le fonctionnement cognitif et réduire le risque de déclin pour les personnes âgées atteintes de déficience cognitive débutante et de démence. D'autres études de population notamment au Japon et aux États-Unis ont montré une prévalence plus faible de la démence chez les patients opérés de cataracte.

Une étude française a évalué l'impact de l'opération de la chirurgie de la cataracte sur l'évolution des troubles comportementaux mesurés par l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) chez 46 patients Alzheimer ayant un MMS entre 10 et 25.8. Les résultats montrent 3 mois après l'intervention, l'amélioration de 3 sous-domaines du NPI : le sommeil ($p = 0,01$), les comportements dysphoriques et les scores d'anxiété. En revanche, l'agitation a été retrouvée augmentée ($p = 0,04$). Il a aussi été retrouvé une corrélation positive entre l'amélioration des troubles du comportement et l'allègement du fardeau de l'aidant ($p < 0,001$).

L'acuité visuelle ne se mesure qu'en dixième.

VRAI



Mais l'acuité visuelle ne permet d'évaluer qu'une partie de la fonction visuelle.

La fonction visuelle s'évalue aussi avec le champ visuel, l'évaluation des couleurs, des contrastes, la grille de Amsler.

Par exemple, en cas de glaucome, c'est le champ visuel qui est altéré ; en cas de cataracte, c'est la vision des contrastes (éblouissements). En cas de DMLA, les métamorphopsies apparaissent avant la baisse d'acuité visuelle.

Le simple dépistage de l'acuité visuelle ne suffit pas.

La chirurgie des paupières est difficile à envisager chez les personnes âgées.

FAUX



La chirurgie de l'ectropion et de l'entropion se fait en ambulatoire, sous anesthésie locale. Elle a très peu de complications. Pour les patients grabataires, il est même possible de réaliser des injections de toxines botuliques au lit du patient. La balance bénéfice risque est en faveur de la chirurgie à cause du risque de kératite et d'abcès de la cornée.

TABLEAU DES COLLYRES

La manipulation des collyres n'est pas aisée lorsqu'elle n'est pas régulière... Ce tableau tente de regrouper les différents collyres que vous pourrez être amenés à utiliser. Ils sont regroupés par indication, les noms en DCI et quelques noms commerciaux sont détaillés, tout comme les mécanismes d'action, posologies et contre-indications.

Si vous découpez cette page pour la mettre dans votre blouse, nous ne vous en tiendrons pas rigueur !

| Classe médicamenteuse | DCI | Nom commerciaux | Mécanisme d'action | Posologie habituelle | Durée du traitement | CI principales |
|---|--|--|--|--|-------------------------------------|--|
| COLLYRES HYPOTONISANTS : Glaucome et Hypertonie intraoculaire : prescription initiale par un ophtalmologiste | | | | | | |
| Bêta-bloquants (BB) | Timoptol Cartéolol Bétaxolol | Timoptol, Nyogel, Timabak, Ophtim, Geltim LP, Cartéol, Betopic, Bétaxolol | Diminution de la sécrétion d'humeur aqueuse | 1 goutte le matin pour les formes LP et 0,50 %, 1 goutte 2 fois par jour pour les autres | A vie | Asthme, BPCO, Insuffisance cardiaque décompensée, BAV 2 ^e ou 3 ^e degrés myasthénie, sd de Raynaud, bradycardie symptomatique ... (celles des BB) |
| Analogues des prostaglandines (PG) | Lantanoprost Travoprost Bimatoprost | Xalatan, Monoprost, ... Travatan Lumigan | Facilite l'élimination de l'humeur aqueuse | 1 goutte le soir | A vie | Inflammation intraoculaire, Allergie, Infection en cours... |
| Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique (IAC) | Brinzolamide Dorzolamide | Azopt Truzopt | Diminution de la sécrétion d'humeur aqueuse | 1 goutte 2 fois par jour | A vie | Allergie Grossesse IR |
| Agoniste des récepteurs alpha2 adrénergiques (AA2) | Brimonidine Aproclonidine | Alphagan Iopidine | Facilite l'élimination de l'humeur aqueuse et diminue la sécrétion | 1 goutte 2 fois par jour | A vie 2 semaines puis relais | Raynaud, maladie cardiovasculaires sévères non contrôlées ... Allergie |
| Parasympato-mimétiques | Pilocarpine | Pilocarpine 1 % | Facilite l'élimination de l'humeur aqueuse | 1 goutte 3 fois par jour | Selon l'indication | Allergie |
| Collyres association (bithérapie) | BB + PG + IAC + AA2 IAC + AA2 | Xalacom, Duotrav, Ganfort Cosopt, Cosidime Combigan Simbrinza | Facilite l'élimination de l'humeur aqueuse et diminue la sécrétion | 1 goutte matin et soir | A vie | Cf ci-dessus |
| COLLYRES ANTIBIOTIQUES : Infection des paupières, de la cornée et de la surface oculaire (les posologies et durées de traitement sont des exemples pour un traitement de conjonctivites non compliquées) | | | | | | |
| Aminoside | Tobramycine Néomycine | Tobrex Néo-mycine | | 1 goutte 4 x par jour | 7 jours | Oto et néphrotoxicité Grossesse allaitement Allergie connue |
| Rifamycine | Rifamycine | | | 1 goutte 4 x par jour | 7 jours | Allergie connue |
| Fluoroquinolones | Ciprofloxacine Ofloxacine | Ciloxan Quinofree, Monoox | | 1 goutte 4 x par jour | 7 jours | Grossesse, allaitement Allergie connue |
| Macrolides | Azytromycine | Azyter | | 1 goutte 2 x par jour | 3 jours | Allergie connue |

| Classe médicamenteuse | DCI | Nom commerciaux | Mécanisme d'action | Posologie habituelle | Durée du traitement | CI principales |
|---|---|---|--|---|--------------------------------------|--|
| Serum physiologique | Lamabak, Larmes artificielles, Unilarmes | | Lubrification de la surface oculaire | A volonté (lubrifiant = pas de principe actif pharmacologique) Les associations sont possibles | Pendant toute la durée des symptômes | Allergie connue a un des composants |
| Alcool polyvinylique et dérivés | Dulcilarme, Unifluid, Nutrivisc, Refresh, Fluidabak | | | | | |
| Méthyl-celluloses | Artelac, Celluvisc | | | | | |
| Carbomère | Lacryvisc, Lacryfluid, Gél-Larme, Siccafluid | | | | | |
| Gélatines | Systane | | | | | |
| Acide hyaluronique | Vismed, Hylovis, Neovis total, Hylocomod ... | | | | | |
| Emulsion lipidiques | Aquarest, Cationorm, Neovis Total, Viseo ... | | | | | |
| Osmoprotecteurs | Optive Fusion | | | | | |
| Tréhalose | Théalose | | | | | |
| COLLYRES ANTISEPTIQUES : conjonctivites ou infections suspectée de la surface oculaire | | | | | | |
| Diamidines Amonium quaternaire | Héxamidine Céthéxonium bromure | Désoméline Biocidan | Antiseptique | En fonction de l'indication | En fonction de l'indication | Allergie connue |
| COLLYRES ANTIALLERGIQUES : conctivites allergiques | | | | | | |
| Anti-H1 | Lévocabastine Azelastine | Levophta, Lévofree Alergodil | | 1 goutte 2 fois par jour | Pendant toute la durée des symptômes | Enfant de moins de 3 ans |
| Antidégranulant mastocytaire | Cromoglycate de sodium Acide spaglumique | Cromédil, Opticron, Naabak | | 1 goutte 2 fois par jour | Toute la durée des symptômes | Grossesse Allaitement |
| Antidégranulant mastocytaire anti H1 | Kétotifène | Zalerg, Monokéto | | 1 goutte 2 fois par jour | Toute la durée des symptômes | Allaitement |
| COLLYRES CONTENANT DES CORTICOIDES : prescription initiale par ophtalmologiste recommandée | | | | | | |
| Corticoïde | Dexaméthasone Fluorométholone | Maxidex Dexafree Flucon | Puissance AI X26 Puissance AI X 1 | En fonction de l'indication | En fonction de l'indication | Infection oculaire en cours, ulcère de cornée Hypertonie oculaire |
| Corticoïde + Antibiotique | Dexaméthasone + Oxytétracyclines + Tobramycine + Néomycine | Sterdex Tobradex Chibro-Cadron | | En fonction de l'indication | En fonction de l'indication | Cf ci-dessus + Grossesse allaitement |
| COLLYRES CONTENANT DES AINS : prescription initiale par ophtalmologiste recommandée | | | | | | |
| AINS | Kétorolac Indométacyne Flurbiprofène | Acular Indocollyre Oufen | | Indications principales : péri-opératoires | En fonction de l'indication | Infection oculaire en cours, ulcère de cornée Allergie Grossesse Anticoagulants |
| LAVAGES OCULAIRES | | | | | | |
| Antiseptique | Acide borique + borate de sodium | Dacudose Dacryum Dacryoserum Stéridose | | Lavage à volonté | En fonction de l'indication | Allergie |

Jeunes gériatres,

La crise sanitaire actuelle a révélé une fois de plus les extraordinaires capacités d'adaptation du monde de la Gériatrie.

Même si la Gériatrie a été mise à rude épreuve pendant cette période, la solidarité a été le facteur clé permettant de surmonter l'adversité.

Cela a aussi été l'occasion de rappeler l'utilité de nos modes de réflexion décloisonnés et pluridisciplinaires, avec des organisations territoriales prévoyant les parcours de santé et anticipant leurs éventuelles ruptures, pour les personnes que nous accompagnons dans l'avancée en âge.

Cela met enfin en exergue la nécessité d'une prévention adaptée à chaque âge de la vie.

Si la pandémie de Covid-19 va marquer durablement le paysage sanitaire et en particulier gériatrique, sur un plan scientifique et académique, l'Association des jeunes gériatres, fidèle à ses objectifs, continue à porter haut les couleurs de notre spécialité !

Contrecoup inattendu de la crise, le Ségur de la Santé s'est tenu, non sans que les propositions du monde de la Gériatrie n'aient été formulées.

Nous avons fourni un travail basé sur vos remontées précédentes, dont la plupart des éléments seront à nouveau portés pour le débat autour de la future loi "autonomie".

Pour préparer le futur au mieux, nous serons à nouveau bien présents pour les prochaines Universités du Conseil National Professionnel de Gériatrie (CNPg), l'organe représentatif de l'ensemble des composantes de notre spécialité, qui se tiendra probablement en automne.

Pour nous aider, n'hésitez pas à vous inscrire sur l'annuaire de la spécialité sur <https://www.cnpgeriatrie.fr>.

Enfin, en tout état de cause, sauf modification future des consignes sanitaires, nous serons physiquement présents lors des 40^e journées annuelles de la SFGG, pour ce congrès anniversaire particulièrement important, du 23 au 25 novembre.

Cela sera l'occasion de tenir notre assemblée générale avec un week-end de travail pour l'équipe de l'AJG !

N'hésitez pas à nous faire part de vos idées, conseils, remarques ou envies par mail : jeunesgeriatres@gmail.com et continuez à nous suivre ou à vous inscrire sur la liste de diffusion pour recevoir toutes nos actualités !

À très bientôt !

Bien qu'ayant dû décaler notre Journée Annuelle centrée sur la Néphrologie du sujet âgé (la date vous sera communiquée au plus vite), nous avons des facilités d'inscription pour le congrès Thérapeutique et Parcours de la Personne Âgée, qui se tiendra de manière dématérialisée les 15 et 16 septembre et dont vous trouverez le programme et les vidéos, disponibles sur tpa.fr.

Contactez-nous pour toute question ou pour anticiper la prochaine session !

Nous avons également lancé notre enquête 2020 autour des questionnements éthiques qui ont pu se poser pendant la pandémie. Merci de vos retours si nombreux, nous essayerons, si tout se passe comme prévu, d'en réserver la primauté des résultats à la prochaine Journée Annuelle des Jeunes Gériatres (JAJG).

Sachez que les résultats de la précédente enquête seront présentés à l'European Geriatric Medicine Society (EuGMS), lors du congrès européen du 7 au 9 octobre 2020.

En prévision de l'arrivée de la 4^{ème} promotion du DES de gériatrie, nous avons contribué à faire évoluer le site devenirgeriatre.org, avec la SFGG, le CNEG et l'ANAIG, pour qu'il tienne compte de la fin prochaine du diplôme de Capacité de Gériatrie et de la future re-certification des médecins. Le site aura dorénavant 3 profils de contenus : devenir gériatre, changer vers la gériatrie et rester gériatre. Nous vous invitons à le visiter !

Notre Porte-Parole, Arnaud, s'est même prêté au jeu du Webinaire auprès des futur.e.s internes, en lien avec l'ISNI, le CNEG et l'ANAIG.

Gériatriquement votre,
Le bureau de l'AJG



RÉPERCUSSIONS DE TROUBLES VISUELS SUR LA MARCHÉ ALTERED VISION DESTABILIZES GAIT IN OLDER PERSONS

Cet article est paru dans la revue « Gait & Posture », une revue qui a pour objectif de transmettre des informations sur tous les aspects de la « locomotion » et de l'« équilibre » aussi bien en recherche fondamentale qu'en recherche clinique. Son impact factor est de 2,35.

Les auteurs de cet article ont déjà publié plusieurs autres articles traitant de l'analyse de la marche ou de la posture du tronc, en analysant plusieurs tranches d'âge de la population, les effets de troubles visuels, de la fatigue ou de la rééducation.

Même si ces informations (type et thème de la revue et publications antérieures des auteurs), prises de manière isolée, ne veulent pas dire pour autant qu'il faille suivre les conclusions de cet article les yeux fermés, on peut tout de même le lire avec un certain *a priori positif*.

Les troubles de la vision et les troubles de la marche sont des facteurs de risque bien établis de chute chez la personne âgée, mais il y a peu de données sur la manière dont les troubles de la vision vont entraîner des troubles de la marche.

L'acuité visuelle est l'aspect de la vision le plus connu mais il n'est pas le seul à avoir un intérêt dans ce contexte. Il y a aussi la vision des contrastes, la perception de la profondeur, la vision en stéréo ou encore le champ visuel.

En cas de marche perturbée (et notamment par prudence), les sujets ont tendance à marcher plus lentement et à avoir une variabilité du pas et du tronc plus importante dans les plans médio-latéral et antéro-postérieur.

Le but de cette étude est d'étudier l'effet d'une faible luminosité seule puis associée à 4 troubles de la vision induits de manière expérimentale (réduction de la perception de la profondeur, production d'une diplopie horizontale, production d'un flou visuel et d'une vision en tunnel) sur la vitesse de marche, les paramètres du pas et du tronc.

Matériel et Méthode

Pour répondre à cette question, les auteurs ont inclus plusieurs participants d'une autre étude qui portait sur la vision et l'équilibre ; 11 femmes et 13 hommes issus du groupe contrôle de cette première étude, âgés de plus de 70 ans, ont ainsi été inclus. Ils n'avaient pas de trouble de la vision, ni de trouble de l'équilibre, étaient capables de marcher au moins 10 mètres, n'avaient pas subi d'opération de la hanche, du genou ou de la cataracte récemment, avaient un MMSE > 20/30 et n'avaient pas eu d'AVC récemment.

Pour les analyses, un tapis d'analyse de la marche (GAITRite®) a été utilisé pour les paramètres du pas ainsi qu'un accéléromètre tri-dimensionnel pour les mouvements du tronc. Cette association permet d'avoir le plus d'information et est actuellement le Gold Standard de l'analyse de la marche du sujet âgé.

Pour induire des troubles de la vision, des filtres différents ont été installés sur des lunettes portées par les participants.

Les participants commençaient et finissaient leur passage 2 mètres avant et au-delà du tapis de marche ; ceci pour neutraliser les effets d'accélération et de décélération. Ils ont chacun suivi la séquence suivante :

- 2 essais en pleine lumière (à chaque fois à 3 vitesses différentes) ;
- 2 essais à leur vitesse préférée sous une lumière tamisée sans perturbation visuelle (après avoir respecté une période d'adaptation à la lumière tamisée) ;
- 4 essais sous une lumière tamisée avec chacune des perturbations citées plus haut (les 2 derniers essais de chaque situation ont été utilisés pour l'analyse).

Au total, les participants ont réalisé 24 passages.

Résultats

Vingt-trois participants portaient des lunettes, dont 8 avec des verres multifocaux. Ils n'avaient pas de troubles cognitifs, ni de troubles vestibulaires.

Le seul fait de tamiser la lumière n'avait pas d'effet sur les **paramètres du pas**, mais chaque manipulation supplémentaire de la vision avait un impact sur la cadence, la longueur du pas et la variabilité de la longueur du pas par rapport à la pleine lumière. Les comparaisons a posteriori ont indiqué que les paramètres du pas étaient les plus affectés par la vision double et en tunnel (tableau 3).

Tableau 3 : Within-subject contrasts from dim light to each additional vision manipulation.

| Dependent variable | Depth | | Double | | Blurred | | Tunnel | |
|--------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | F-Value | p-Value | F-Value | p-Value | F-Value | p-Value | F-Value | p-Value |
| Cadence (steps/min) | 8.96 | 0.007 | 28.51 | <0.001 | 8.56 | 0.008 | 24.60 | <0.001 |
| Step length (cm) | 7.34 | 0.013 | 28.17 | <0.001 | 7.57 | 0.012 | 25.32 | <0.001 |
| Single support (s) | 5.69 | 0.026 | 17.94 | <0.001 | 3.95 | 0.059 | 15.71 | 0.001 |
| Step-length variability (cm) | 21.47 | <0.001 | 8.11 | 0.009 | 8.44 | 0.008 | 11.75 | 0.002 |
| Single-support variability (s) | 3.46 | 0.076 | 5.70 | 0.026 | 0.91 | 0.351 | 2.35 | 0.140 |

F-Value = test d'analyse de la variance selon une ANOVA (si < à 0,05 les conditions pour la comparaison des moyennes ne sont pas réalisables).

p-Value = test d'analyse des moyennes selon une ANOVA (si < à 0,05, les moyennes sont statistiquement différentes entre la condition de trouble de la vision analysée et la condition de lumière tamisée seule).

Les manipulations de la vision ont eu peu d'effets sur les **paramètres du tronc**.

Les différences observées entre les hommes et les femmes (notamment une différence de vitesse de marche qui s'accroissait avec l'ajout des conditions expérimentales) sont expliquées, après une analyse multivariée, par le fonctionnement physique (évalué par le questionnaire SF-36) qui était différent entre les 2 sexes au début de l'expérience.

Conclusion

Cette étude expérimentale a été menée sur des sujets âgés en bonne santé. Même s'ils sont issus d'une autre étude, ils semblent tout à fait conformes aux sujets âgés vivant à domicile de manière autonome.

Il n'y a pas eu besoin de randomisation car l'analyse a porté de la même manière sur toute la cohorte.

Comme prévu, les manipulations de la vision ont eu un effet important sur les paramètres du pas, mais peu sur les paramètres du tronc. Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que, comme cela a été montré dans d'autres études, les paramètres du tronc sont d'avantage affectés en cas de fatigue physique chez les personnes âgées en bonne santé.

Le contrôle du centre de masse du corps implique plusieurs afférences et efférences. La vision est une afférence importante, puisque si elle est perturbée, les paramètres du pas vont s'en retrouver perturbés également... mais cela ne suffit pas pour occasionner des perturbations de la cinétique du tronc (centre de masse). Les systèmes musculosquelettique et vestibulaire vont compenser ces troubles et permettre que le tronc reste stable.

On peut se demander si les différences observées sont dues à un effet de fatigue (rappelons que les sujets ont réalisé 24 passages chacun)... probablement pas, car les performances des sujets ne diminuaient pas avec le temps.

L'avis du jeune gériatre

L'avancée en âge est souvent accompagnée d'atteinte ophtalmologique (et pas seulement la presbytie...).

Cette étude montre, à mon sens, 2 points essentiels :

- Une lumière tamisée seule n'entraîne pas de trouble de la marche... et donc le corolaire à cela est qu'il faut aller chercher dans nos interrogatoires cette difficulté de marcher dans une lumière tamisée. Et que si une personne décrit une telle difficulté, il faut approfondir l'examen ophtalmologique.
- Les troubles de la vision qui ont le plus de conséquence sont la « vision en tunnel » (que l'on peut retrouver en cas de glaucome) et la « vision double » (que l'on peut retrouver en cas de diplopie en post-AVC) **et non la vision floue**. La mesure de l'acuité visuelle, pour prédire des répercussions sur la marche, n'est donc pas suffisant.

Les lunettes multifocales ne devraient pas être utilisées lors de la marche, car la différence qu'elles induisent dans le champ visuel est similaire à ce qu'on observe avec une « vision en tunnel ».

Enfin, ces expérimentations ont été réalisées dans des conditions de « laboratoire », marche droite sur un terrain plat et régulier.

On peut imaginer que les changements observés dans cette étude soient encore plus importants lorsque la personne marche dans son environnement habituel (à domicile ou à l'extérieur).

Référence

Helbostad JL, Vereijken B, Hesseberg K, Sletvold O. Altered vision destabilizes gait in older persons. *Gait Posture*. août 2009;30(2):233-8.

Dr Alexandre BOUSSUGE
Pour l'Association des Jeunes Gériatres
alexandre.boussuge@chru-strasbourg.fr

DES TROUBLES VISUELS RÉVÉLATEURS D'UNE AFFECTION NEURO-DÉGÉNÉRATIVE



Les plaintes et troubles visuels amènent en général le sujet âgé à consulter un ophtalmologue. Lorsque ce bilan ne trouve pas de cause explicite, il est nécessaire de se poser la question de troubles visuels d'origine neurologique.

Même si les pathologies neuro-visuelles ne sont pas très fréquentes, elles occasionnent souvent un retard et une errance diagnostique, ainsi que des répercussions sur la thymie et le comportement du patient.

L'atrophie corticale postérieure illustre typiquement cette problématique.

Cas clinique

Monsieur X. né en 1945, consulte au Centre Mémoire Ressources et Recherche en 2016 pour des troubles visuels évoluant depuis plus d'un an. Il est adressé par un Centre Mémoire de Proximité pour suspicion d'affection neuro-dégénérative devant des troubles atypiques.

Antécédents : HTA, diabète de type II, glaucome de l'œil gauche, cataracte opérée à l'œil gauche ainsi qu'un décollement de rétine.

Traitement : Bêtabloquants, IEC, calci-bloquant, antiagrégant plaquettaire, antidiabétiques oraux, collyre anti-glaucome.

Mode de vie : Ancien ingénieur à la retraite, père de trois enfants (16, 21 et 26 ans), il vit avec son épouse dans une maison individuelle.

Histoire de la maladie : Gaucher contrarié, il rapporte une installation insidieuse des troubles depuis plus d'un an. Il dit ne pas percevoir des objets qui sont devant lui, a du mal à évaluer des distances ; difficultés majorées dans l'obscurité ou par une grande clarté. Il a du mal à reconnaître des visages et a des difficultés à lire. Il n'y a pas de plainte mnésique, pas de trouble du langage oral, pas de trouble de la gestuelle, pas d'illusions ou d'hallucinations.

En 2016, il sort seul à pied dans son quartier. Il a arrêté de conduire et ne prend pas seul les transports en commun. Il utilise un téléphone fixe avec mémoire de numéros. Son épouse lui prépare les médicaments et gère les papiers administratifs et financiers.

Il n'y a pas de syndrome dépressif caractérisé mais une tristesse réactionnelle à ses difficultés. Pas de modification comportementale. Pas de trouble du sommeil.

Un avis ophtalmologique est pris : pas de baisse notable de l'acuité visuelle ou d'atteinte du champ visuel ; pas d'explication ophtalmologique à ses troubles visuels malgré ses antécédents ophtalmologiques.

L'examen neurologique est sans particularité, notamment pas de syndrome pyramidal ou extrapyramidal, pas de déficit sensitivomoteur, pas de syndrome vestibulaire, pas de syndrome cérébelleux mais à noter au niveau de l'examen des paires crâniennes quelques difficultés au niveau des saccades oculaires. Pas de trouble de la marche qui est stable et non ralentie en l'absence d'obstacles visuels.

Examens complémentaires demandés

Biologie : Dans les normes, notamment les sérologies de Lyme, VIH et syphilis.

Bilan cardiologique : Dans les normes malgré un athérome supra-aortique sans sténose significative.

Bilan neuro-psychologique :

L'ensemble du tableau évoque une atteinte neuro-visuelle au premier plan avec des éléments de syndrome de Balint (simultagnosie, ataxie optique,

apraxie du regard), une agnosie visuelle (test du trousseau de clé), des troubles visuo-perceptifs (test des lettres fragmentées), des difficultés de lecture essentiellement spatiale sans alexie à l'échelle du mot, des difficultés en transcodage de chiffres, des erreurs de calcul dans les additions et soustractions simples ; par contre, il n'y a pas d'apraxie ni d'indistinction droite-gauche.

IRM cérébrale (Fig. 1) : Atrophie corticale à prédominance postérieure occipito-pariéto-temporale ; atrophie hippocampique nette cotée à 2/4 à droite et 1/4 à gauche de Scheltens ; quelques lésions vasculaires de la substance blanche (Fazekas I) ; pas de lésion hypo-intense en T2*.

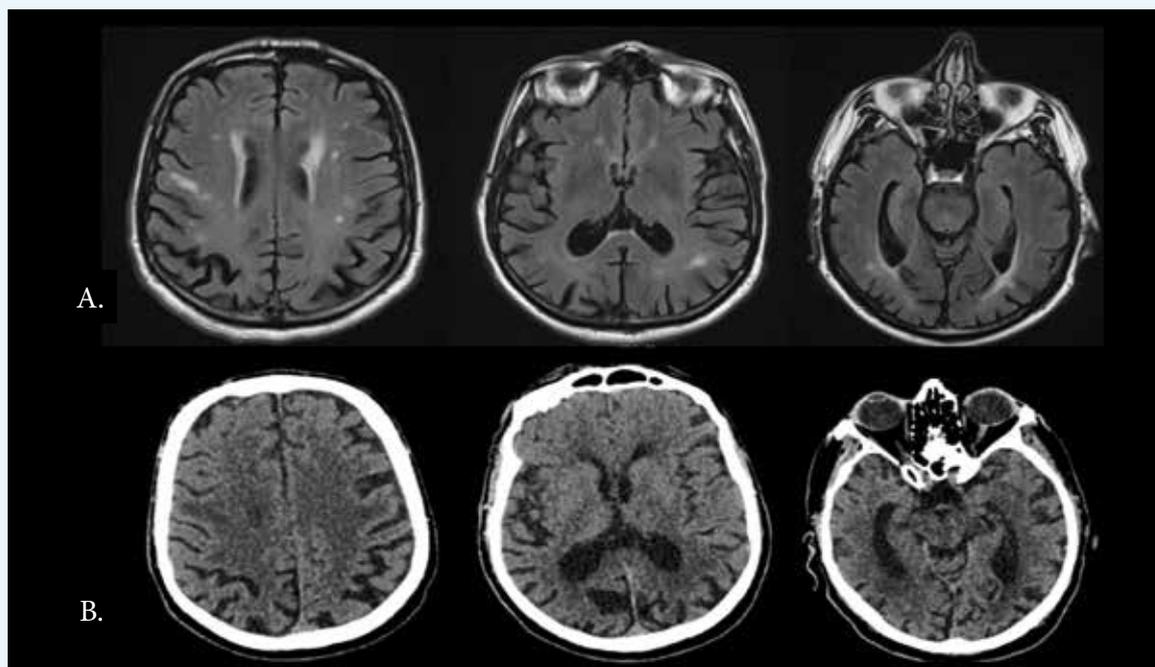


Figure 1 : Imagerie morphologique objectivant une atrophie corticale à prédominance occipito-pariétale asymétrique au dépend de la droite sur l'IRM réalisée en début de suivi (panneau A.), évolutive vers une atrophie corticale postérieure diffuse sur le scanner de suivi à 3 ans (panneau B.)

Scintigraphie cérébrale de perfusion (Fig. 2) : hypoperfusion occipito-pariétale droite.

Ponction lombaire : A β 42 normale mais basse ; phospho Tau légèrement augmentée ; Tau dans les normes ; IATI limite ; A β 40 normale avec ratio > 0,05 ; l'ensemble des marqueurs n'évoque pas un profil net, bien que **A β 42 et phospho Tau soient légèrement pathologiques en faveur d'une maladie d'Alzheimer.**

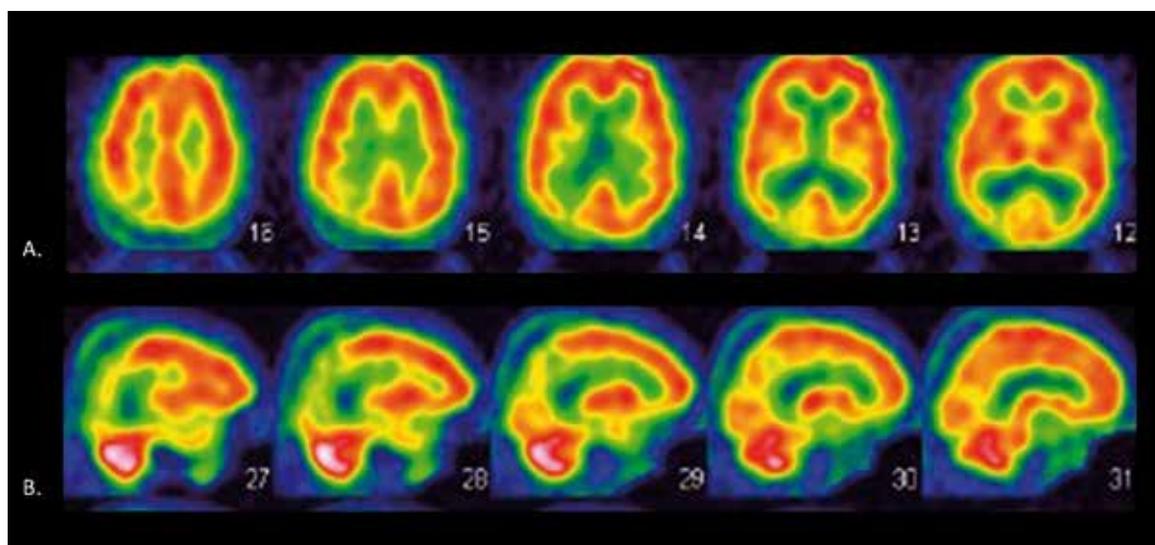


Figure 2 : Scintigraphie de perfusion objectivant une hypoperfusion occipito-pariétale droite en coupe axiale (panneau A.) et sagittale (panneau B.)

PET amyloïde (Fig. 3) : hyperfixation prononcée et diffuse en plaques bêta-amyloïde corticales.

Au total, le bilan présente quelques atypies, mais le PET amyloïde permet de confirmer que le tableau d'atrophie corticale postérieure est une maladie d'Alzheimer.

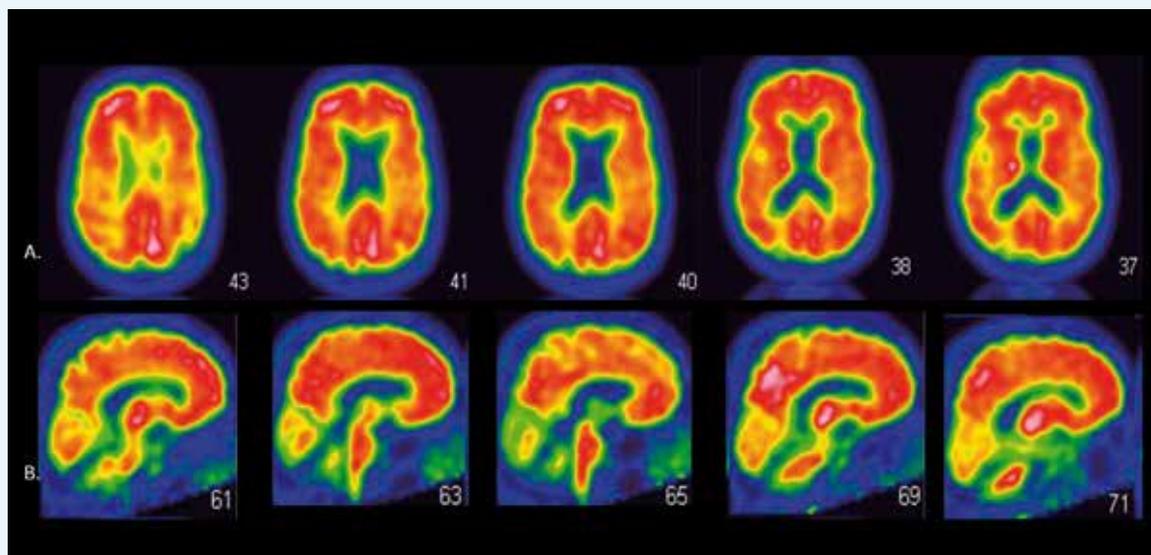


Figure 3 : PET amyloïde au Flutemetamol objectivant la présence prononcée et diffuse de plaques amyloïdes corticales en coupe axiale (panneau A.) et sagittale (panneau B.)

Conclusion

Patient présentant une atrophie corticale postérieure en faveur d'une maladie d'Alzheimer atypique.

Prise en charge : Rééducation orthoptique, rééducation orthophonique, mis sous antidépresseur.

Évolution : Apparition progressivement de troubles de la marche avec désorientation topographique, difficultés à appréhender l'espace et chutes ; apparition également de troubles psycho-comportementaux à type d'agressivité voire d'éléments sub-délirants (les murs se déplacent, se rapprochent) motivant l'initiation d'Olanzapine ; apparition de troubles de la mémoire antérograde (0 sur 3 au rappel des trois mots en 2019) et du langage.

Début 2020, le patient présente des chutes multiples par cécité corticale, ne reconnaît plus ses proches, est plus agressif. Il est hospitalisé en Unité Cognitivo-Comportementale pour ajustement thérapeutique et orientation vers un EHPAD.

Atrophie corticale postérieure ou syndrome de benson : rappel

Historique : Il s'agit d'un syndrome et non d'une maladie, décrit initialement par Benson en 1988.

Les patients consultent en général en premier un ophtalmologue pour des troubles à type de flou visuel, difficultés à conduire, à lire, à reconnaître des objets... avant d'être orientés vers un neurologue. La mémoire est longtemps préservée.

Le tableau clinique peut **comporter de façon variable** les éléments suivants, expliqué par l'atteinte corticale postérieure qui progresse en occipito-pariétal et occipito-temporal (Schéma 1) :

1. Syndrome de Balint : triade :
 - Apraxie optique : incapacité pour le regard du malade de fixer une cible dans son champ visuel

périphérique tout en voyant et reconnaissant l'objet qu'il doit regarder ; **le malade ne peut donc plus porter son regard d'un objet à un autre.**

- Ataxie optique : **incapacité à saisir un objet placé dans son champ de vision**, avec une difficulté bilatérale pouvant prédominer au niveau de l'une des deux mains ; **la main tâtonne vers la cible.**
- Déficit d'attention visuelle ou **simultagnosie** : le malade ne peut voir qu'un objet à la fois et quel que soit sa taille (notamment s'il y a plusieurs objets posés sur une table).

2. Syndrome de Gerstmann : **acalculie, agraphie, agnosie digitale, indistinction droite-gauche.**
3. Mémoire, jugement relativement préservés au début, puis atteinte du langage.
4. Anxio-dépression très fréquente.

A l'imagerie (IRM cérébrale), l'atrophie prédomine dans les régions postérieures, en pariéto-temporal et occipital, souvent asymétrique et à droite.

Le plus souvent il s'agit d'une maladie d'Alzheimer (5 % des maladies d'Alzheimer présentent ce tableau), beaucoup plus rarement une maladie à corps de Lewy, une maladie cortico-basale, une maladie à prions ou une gliose. Le début se situe volontiers chez une personne plutôt jeune entre 55 et 60 ans.

L'évolution se déroule en général sur 8 à 12 ans. Il n'y a pas de facteur génétique connu.

La prise en charge repose sur le traitement de la dépression et de l'anxiété voire d'éléments délirants. Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase utilisés dans la maladie d'Alzheimer peuvent stabiliser certains troubles du comportement. La rééducation orthoptique et orthophonique est indispensable et un pilier de la prise en charge ; de même des conseils et une rééducation par ergothérapeute et soutien par un psychologue sont généralement nécessaires. On peut faire appel aux Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA).

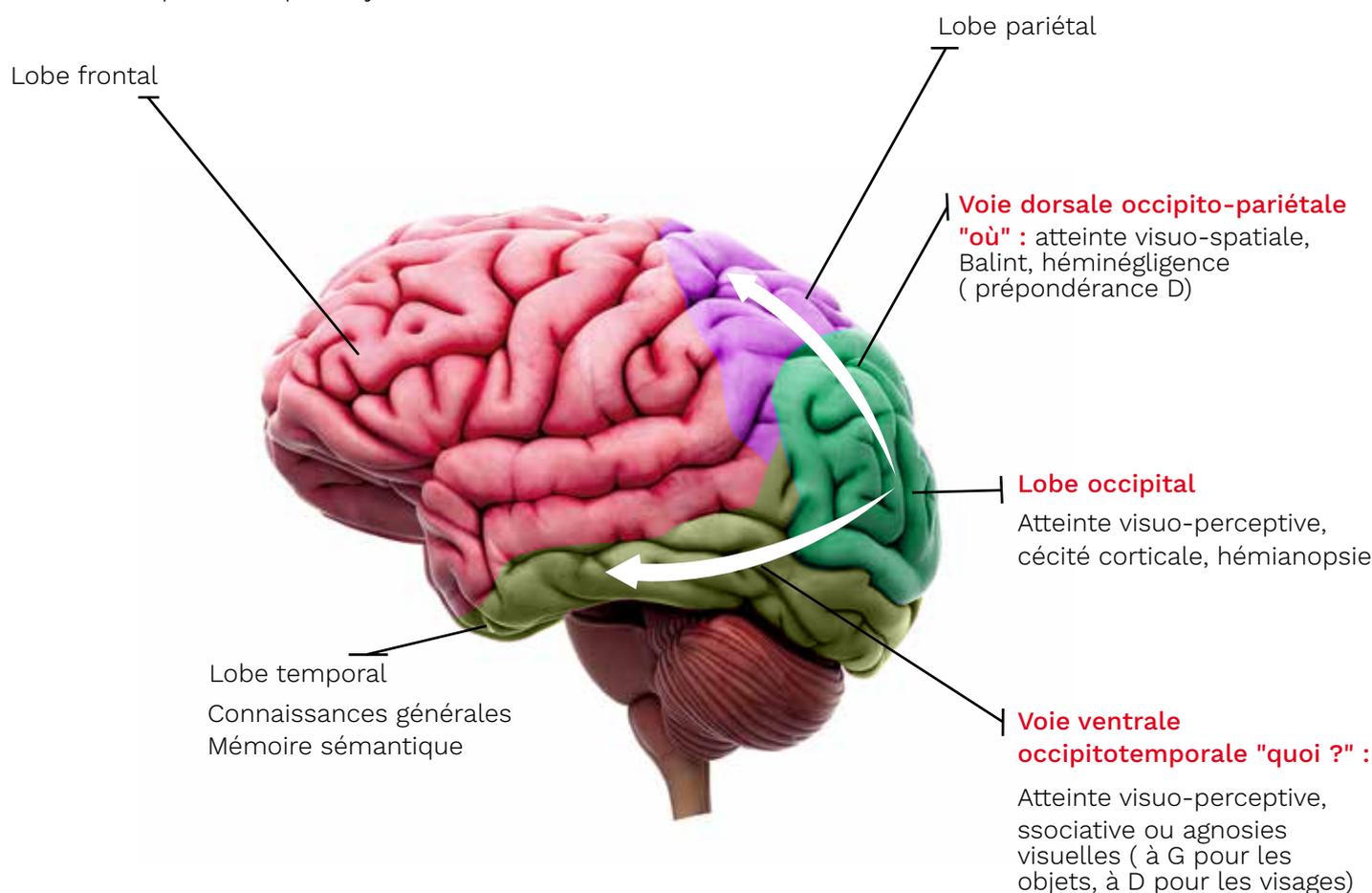


Schéma 1 : Schématisation des voies occipito-temporale et occipito-pariétale.

Retenir pour la pratique

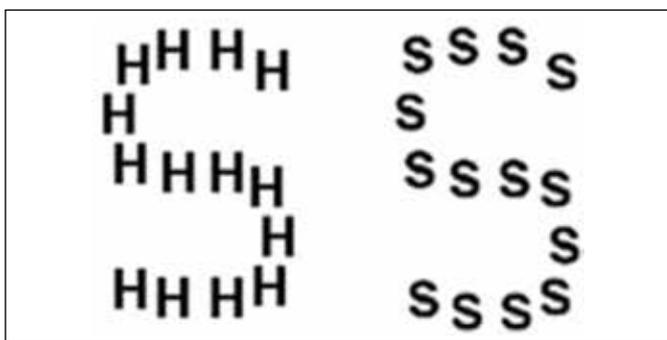
Devant un trouble visuel d'apparition progressive avec examen ophtalmologique n'expliquant pas la symptomatologie, chercher une affection neurodégénérative de type **atrophie corticale postérieure, qui est le plus souvent une maladie d'Alzheimer atypique ou variant visuel de la maladie d'Alzheimer**. Quelques questions simples et l'observation du patient peuvent orienter dès la consultation vers ce tableau clinique.

Quelques exemples de tests du bilan neuro-psychologique :

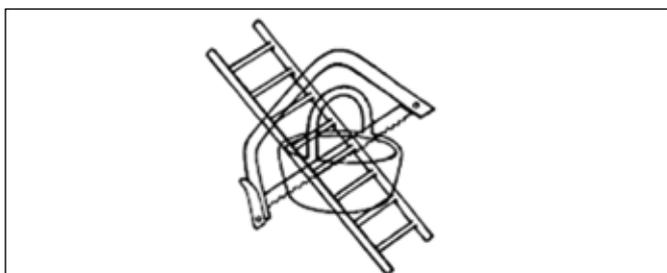


« Quand l'arbre cache la forêt ».

Le patient ne voit pas que les enfants sont en train de voler des gâteaux, mais il ne perçoit que des détails (la fenêtre, les rideaux...)(tiré du Boston Diagnosis Aphasia Examination. Goodglas And Kaplan. The assesment of aphasia and related disorders. Lea and Febiger, 1983).



Le patient voit les H mais pas la grande lettre S (Lettres de Navon).



Les figures enchevêtrées : Le patient n'arrive pas à isoler les divers objets superposés sur l'image.

Bibliographie

1. Benson DF, Davis RJ, Snyder BD. Posterior cortical atrophy. Arch. Neurol. 1988; 45:789-93.
2. Croisile B. Le syndrome de Benson (ou atrophie corticale postérieure): quelles questions poser aux patients pour repérer ce syndrome rare et méconnu? Neurologies 2008 ; 11 :424-8.
3. Crutch SJ, Schoot JM, Rabinovici GD, Murray M and Coll . Association ISTAART Atypical Alzheimer's Disease and Associated Syndromes Professional Interest Area. Consensus classification of posterior cortical atrophy. Alzheimer's and Dementia. 2017 Aug ; 13(8) :870-884.
4. Navon D. Forest before trees: the precedence of global features in visual perception. Cog. Psychol. 1977 juillet;9(3):353-83.

Catherine MARTIN-HUNYADI (gériatre)
Nathalie PHILIPPI (neurologue)
Lactitia MONJOIN (neuro-psychologue)
 Centre Mémoire Ressources et Recherche, CHRU STRASBOURG
 catherine.hunyadi@chru-strasbourg.fr
 Pour l'Association de Jeunes Gériatres

ANNONCES DE RECRUTEMENT



Dans la structuration de la filière gériatrique du territoire du sud des Yvelines, le Centre Hospitalier de Rambouillet (10 %), l'Hôpital Gériatrique de Chevreuse (50 %) et le réseau REPY (Gérontologie, Cancérologie, Soins palliatifs) (40 %).

RECHERCHENT UN GÉRIATRE temps plein partagé

Le poste sera rattaché au Centre Hospitalier de Rambouillet et offre la possibilité de percevoir la prime d'exercice territorial.



Le territoire sud des Yvelines est une zone semi rurale, aux portes de Paris, très bien desservi.

Sur le site de Chevreuse (170 lits d'EHPAD avec un GMP > 750, USLD avec un GMP > 800 et un PMP > 350 ainsi qu'une MAS). Le praticien intégrera une équipe de 4 praticiens et participera au tour des astreintes opérationnelles.

Sur le site du Centre Hospitalier de Rambouillet et au sein du REPY, le praticien exercera un rôle de coordination de la filière gériatrique avec un temps d'évaluation à domicile en lien avec le réseau gérontologique du territoire (dont le court séjour et l'UPOOG de Centre Hospitalier de Rambouillet).

Les candidatures sont à adresser à Madame Sophie SERGENT-BEGARDS, Chargée des Affaires Médicales, de la Gouvernance et des Coopérations au CH de Rambouillet : s.sergent@ch-rambouillet.fr - 01 34 83 78 25



ADEF RÉSIDENCES, association à but non lucratif spécialisée depuis plus de 25 ans dans la création et la gestion d'établissements médico-sociaux (personnes âgées ou handicapées). Avec plus de 57 établissements et 3400 salariés, Adef Résidences s'affirme comme l'un des acteurs de référence dans son secteur.



Dans le cadre de son développement, nous recrutons au sein du Comité de direction :

UN(E) DIRECTEUR(TRICE) de la politique de santé et de soins (H/F)

Région : Île-de-France, Ville : Ivry-sur-Seine (94)

Type de contrat : CDI

Description du poste :

Rattaché(e) au Président du Directoire, le Directeur de la politique de santé et de soins (H/F) définit, pilote, coordonne et anime la politique de santé et de soins de l'Association. Il est garant de l'amélioration continue de prise en charge et de soins de nos résidents sur l'ensemble de nos établissements.

Membre des instances de direction et expert(e) métier santé, avec sa vision globale et ses connaissances des réalités terrain, le Directeur de la politique de santé et de soins (H/F) est garant(e) de la cohérence des actions stratégiques en santé et des métiers de soins de l'association. Véritable ambassadeur(trice) de la culture Adef Résidences, il/elle véhicule les valeurs de l'association et participe activement à la mise en œuvre des décisions stratégiques et organisationnelles associatives au sein du périmètre qui lui est confié.

Principales missions :

- Définir et mettre en œuvre une politique de santé et de soins associative, en lien avec les évolutions du secteur d'activité, les innovations, les politiques et orientations gouvernementales et des organismes financeurs.
- Assurer l'animation et l'évaluation des établissements dans ses dimensions de santé, de prévention et de soins, en coordination avec les membres du comité de direction.
- Assurer l'encadrement et l'animation d'une équipe médicale et de soins attachée au siège.

Profil :

Médecin, spécialisé en gériatrie et (ou) en médecine physique et réadaptation. Vous avez de solides connaissances de l'environnement médico-social et sanitaire ainsi que de bonnes pratiques soignantes associées. Vous avez une expérience réussie en animation et en management d'équipe pluridisciplinaire. Vous avez également participé à des travaux de recherche clinique. De par votre cursus et vos différentes expériences, vous avez des connaissances en droit social, des textes réglementaires concernant les actes de soins, des règles budgétaires, des systèmes d'information des soins.

Qualités requises :

- Force de proposition, esprit d'analyse, compréhension, rigueur de raisonnement ;
- Capacité de gestion des priorités et de négociation ;
- Capacité à gérer les conflits ;
- Qualités relationnelles fortes / communication adaptée / diplomatie / pédagogie ;
- Esprit d'équipe / leadership ;
- Capacité à nouer des partenariats avec l'environnement universitaire et de recherche ;
- Réactivité, autonomie, esprit d'initiative et sens des responsabilités ;
- Rigueur, discrétion et respect de la confidentialité.

Date de prise de fonction souhaitée : dès que possible.

Rémunération : selon profil.



Merci d'adresser votre candidature (lettre de motivation et C.V) par mail à Adef Résidences cvdrrh@adefresidences.com



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 Coordonnateur à 0,7 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-médecino-psychologiques, assistants en gérontologie, agents hôteliers, animateurs.

Vous disposerez de l'outil de télémedecine 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.

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

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.



Les EHPAD du Centre d'action sociale de la ville de Paris recrutent

• DES MÉDECINS COORDONNATEURS (F/H)

• DES MÉDECINS PRESCRIPTEURS (F/H)

dans les différents arrondissements de Paris et proche banlieue.

Le CASVP vous accompagne pour que votre intervention au sein d'un ou plusieurs EHPAD soit adaptée à votre projet professionnel ; salarié à temps partiel ou à temps complet.

Candidature par mail : helene.marsa@paris.fr

Ou par courrier : CASVP - SDSPA, Héliane MARSAS, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris



CENTRE D'ACTION SOCIALE
VILLE DE PARIS

Safari-rh.fr



CENTRE HOSPITALIER PIERRE OUDOT



3 POSTES DE GÉRIATRE
à pourvoir rapidement

Praticien Hospitalier, Praticien Hospitalier Contractuel, Assistant.

ENVIRONNEMENT

Établissement support du Groupement Hospitalier Territorial du Nord Dauphiné (Nord Isère) regroupant 4 établissements hospitaliers au sein duquel existe un pôle gériatrique inter-établissements, situé dans un bassin de population de 300 000 habitants. Ce pôle gériatrique totalise 53 lits de Court Séjour Gériatrique, 496 lits d'EHPAD, 155 lits d'USLD pour un effectif médical total de 17 équivalents temps plein.

SPECIALITÉS SOUHAITÉES

- Gériatrie.
- Médecine polyvalente ou médecine générale.

DESCRIPTIF

L'équipe gériatrique du centre hospitalier Pierre Oudot se compose de 8 gériatres assumant une EMG intra-hospitalière, une EMG extra-hospitalière, un court séjour gériatrique (27 lits), un EHPAD/USLD (183 lits), une consultation gériatrique (mémoire, évaluation, onco-gériatrie) un accueil de jour et une activité partielle au sein du service d'Accueil des Urgences.

- Un poste temps plein est à pourvoir à 50 % sur l'Équipe Mobile Gériatrique Extra Hospitalière et 50 % sur les unités d'hébergement (EHPAD/USLD) pour en assurer la coordination et participer au suivi médical des résidents en collaboration avec les deux autres PH temps plein en poste sur les unités d'hébergement.
- Deux postes sont à pourvoir au sein du service de Court Séjour Gériatrique pour renforcer les trois PH actuellement en poste du fait d'une augmentation prévue de la capacité de l'unité à 35 lits. Par ailleurs, ces nouveaux praticiens participeront à l'activité de consultation (mémoire/évaluation/oncogériatrie ...) et potentiellement à la mise en œuvre et au développement des différents projets gériatriques du CHPO (UPOG, activité gériatrique aux urgences ...).



PERSONNE À CONTACTER :

Dr Marc GIROUD
mgiroud@ch-bourgoin.fr
04 69 15 73 35



HOPITAUX
DU PAYS DU
MONT-BLANC

MÉDECIN SSR AU MONT-BLANC

DONNEZ DE LA HAUTEUR À
VOTRE CARRIÈRE !

Équipe et service : au pied du Mont-Blanc à Chamonix, l'unité de SSR à orientation gériatrique est une structure d'hospitalisation de 50 lits gérés par 2 praticiens ; équipes paramédicales complètes et compétentes ; plateau géré par 2 kinés ; psychologue et neuropsychologue ; accès biologie et radiologie.

Un réseau fort et soutenant : l'unité de SSR est une entité hospitalière en réseau avec les services du centre hospitalier et intégrée aux équipes du pôle gériatrie.

04 50 47 30 77

affairesmedicales@ch-sallanches-chamonix.fr



Les Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc à Sallanches et Chamonix, en Haute-Savoie, 500 lits et places, réunissent plus de 1 000 professionnels. Chaque année 42 000 passages aux urgences, 6 400 actes chirurgicaux, 21 000 séjours, 42 000 consultations externes, 1 200 naissances. Un bloc opératoire de 6 salles et un plateau technique complet pour un exercice exceptionnel au pied du Mont-Blanc. Nos hôpitaux disposent également d'un centre de simulation et d'une activité de recherche en santé.

Contactez-nous | www.chi-mont-blanc.ch



LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTÉLIMAR

Établissement de référence du « Groupement Hospitalier des Portes de Provence ».



RECHERCHE

DEUX GÉRIATRES À TEMPS PLEIN

Pour compléter l'équipe actuelle de 8 praticiens.
Un poste sur le Court Séjour Gériatrique et un poste sur les lits d'hébergement et de Soins de Suite et de Réadaptation.

Polyvalence souhaitée dans le cadre d'astreintes sur l'ensemble de la filière gériatrique qui comporte :

- 30 lits de Court Séjour Gériatrique.
- 46 lits de soins de suite dont 10 d'UCC (Unité cognitivo-comportementale) et 6 EVC.
- 40 lits d'USLD.
- 114 lits d'EHPAD (dont 10 d'Unité Sécurisée) répartis sur 2 sites.
- Équipes mobiles de Gériatrie Intra et Extra Hospitalière.
- Des consultations (mémoire, gériatrique et onco-gériatrique).

Ce poste est à pourvoir par mutation ou contrat (statut en fonction du candidat). Compétences gériatriques souhaitées : Capacité de gériatrie, DESC ou qualification ordinale.

Montélimar est une ville agréable, dynamique, située à 1h30 de Lyon, Montpellier, Grenoble et Marseille en Drôme Provençale (accès autoroutier et TGV).

Les bâtiments de Gériatrie de « Roche-Colombe » sont récents, climatisés et agréables, en proximité du plateau technique.

RENSEIGNEMENTS

Dr FRANÇAIS-HOFMANN Véronique (Responsable du Pôle Gériatrie)
☎ 04 75 53 22 56 / ✉ veronique.francais-hofmann@gh-portesdeprovence.fr
A-S. GONZALVEZ (DA, DRH-DAM) : ✉ direction@gh-portesdeprovence.fr
S. MAGNETTE (ACH, DAM) : ✉ sandrine.magnette@gh-portesdeprovence.fr
☎ 04 75 53 41 29



Film de présentation de la structure :

<https://youtu.be/Y6KMjGON4Mc>

Site Internet : <http://www.gh-portesdeprovence.fr>



LE CENTRE HOSPITALIER D'EMBRUN

Pour exercer, à compter du 1^{er} octobre 2020, au sein d'une filière gériatrique comprenant des unités de court séjour (12 lits), de soins de suite et de réadaptation (14 lits), de soins de longue durée (30 lits). Cette offre de soins se complète d'une consultation mémoire, de consultations fragilités, de 2 EHPAD, d'un SSIAD et d'une équipe mobile de gériatrie. L'équipe médicale du pôle se compose de 5 praticiens. L'élaboration d'un nouveau projet d'établissement ouvre la perspective d'une reconstruction de l'hôpital et offre une dynamique professionnelle certaine.

Le Centre Hospitalier d'Embrun est un établissement de proximité situé au cœur des Hautes-Alpes près d'un des plus beaux lacs artificiels d'Europe et de stations de ski de renom. Cette ville sportive, culturelle et historique offre toutes les garanties d'une qualité de vie appréciable y compris pour les enfants dont la scolarité est possible de la maternelle au lycée.



CONTACTS

Docteur Michèle DEFFAUX – Présidente de CME
04 92 43 75 32 (ligne directe)
04 92 43 73 40 (secrétariat)
Mail : m.deffaux@ch-embrun.fr

Madame Véronique GENSUL – Aff. Médicales
04 92 43 73 06
04 92 43 73 03 (secrétariat)
Mail : v.gensul@ch-embrun.fr

RECHERCHE

UN MÉDECIN GÉRIATRE

Praticien, Praticien Contractuel, Assistant, Praticien Attaché



INFORMATIONS DIVERSES :

Poste à temps plein (100 %), évolution possible vers recrutement statutaire.
Possibilité temporaire de logement sur le site de l'établissement.
Rémunération conforme au code de la santé publique.



LE CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON

RECHERCHE :

1 MÉDECIN GÉRIATRE au sein du Pôle Personnes Âgées

L'équipe médicale comprend 12 médecins répartis entre :

- Le Court Séjour Gériatrique post urgences (45 lits).
- L'Équipe Mobile de Gériatrie.
- L' HDJ de 5 places.
- Le SSR gériatrique de 79 lits dont 6 LISp.
- L'USLD de 67 lits.
- Les Consultations Gériatriques (mémoire labellisée, plaies, post urgences, onco-gériatriques, troubles de la marche).

Le CH d'Avignon compte 850 lits MCO, hôpital de référence du GHT Vaucluse, bassin de population de 40 000 habitants.

Descriptif de l'activité :

Recrutement d'un médecin temps plein pour compléter l'équipe médicale du Pôle Personnes Âgées (court séjour, SSR), qui aura une activité en secteur d'hospitalisation et une activité de consultations avec développement des liens extra hospitaliers ville/EHPAD dans le cadre de la filière gériatrique.

Les compétences requises souhaitées :

- Être formé à la gériatrie ou en cours de formation (Capacité, DESC...).
- Aimer le travail en équipe pluridisciplinaire.
- Être inscrit à l'Ordre des Médecins.

Descriptif des postes :

- Temps pleins, Praticiens Hospitaliers ou Assistants.
- Partage des astreintes de week-end au sein du pôle (samedi et dimanche matins).
- Mobilité au sein des différentes unités du Pôle possible.
- Disponibilité immédiate.



CONTACT ET CANDIDATURE (CV et lettre de motivation) à adresser à :

Dr Valérie TRICHET, Chef de Pôle
vtrichet@ch-avignon.fr / 04 32 75 38 53
Mme Aurélie BARATIER, Directeur Adjoint en charge des Affaires Médicales
baratier.aurelie@ch-avignon.fr / 04 32 75 39 01



Le CCAS de Toulon recrute :**Un médecin coordonnateur (H/F)**

à temps non complet à 17h30 par semaine (contrat de 3 ans) pour son EHPAD Le Saphir de 90 lits « hébergement » disposant d'une Unité Protégée et d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).

Profil : Docteur en médecine, inscrit(e) à l'Ordre des Médecins, diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie ou qualification en gérontologie exigés ou obligation de se former dans les 3 ans.

Rémunération sur la base de la grille indiciaire des médecins territoriaux et RIFSEEP - Fiche de poste disponible sur demande.

LES CANDIDATURES SONT À ADRESSER À

Madame Dominique ANDREOTTI, Vice-présidente du CCAS, à l'adresse suivante :
Service des Ressources Humaines - 100, rue des Remparts - CS 20 813 - 83051 TOULON cedex
ou par mail : ressourcesshumaines@ccas-toulon.fr

POUR TOUT RENSEIGNEMENT :
Contacter Madame CASE, responsable de l'EHPAD Le Saphir, au 04 94 22 60 00



PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

LE CENTRE HOSPITALIER EURE-SEINE Hôpital Évreux-Vernon

RECRUTE pour sa filière gériatrique :

2 MÉDECINS GÉRIATRES ou GÉNÉRALISTES

sur postes PH-PHC-PAA avec perspectives de formation et de postes PH, temps plein ou temps partiel

Le CH Eure-Seine est doté d'une filière gériatrique complète sur 2 sites, composée :

- ◆ D'un service d'évaluation gériatrique en proximité des Urgences (11 lits).
- ◆ De 2 services de Court Séjour gériatrique avec 46 lits au total.
- ◆ De deux EHPAD (250 lits), d'un USLD (30 lits) et d'une UHR.
- ◆ D'un service de SSR (22 lits) et SSIAD de 45 places.

Ces activités sont complétées par une unité mobile de gériatrie et des consultations spécialisées.

L'équipe est constituée de 14 praticiens répartis sur l'ensemble des activités.

Les postes proposés :

- Un poste de Médecin SSR sur le site de Vernon.
- Un poste de Médecin Coordonnateur sur les EHPAD d'Évreux et de Vernon.

L'Établissement :

Le CH Eure-Seine est établissement support de GHT (11 établissements sanitaires et médico-sociaux).

Il est situé dans l'EURE (région Normandie) situé à 50 minutes de PARIS et à proximité de la mer (1 h de Deauville).

Gare SNCF en centre-ville.

Direction des Affaires Médicales – C. ALEXANDRE MARC, Directeur Adjoint – Rue Léon Schwarzenberg – 27015 ÉVREUX CEDEX
☎ 02.32.33.80.33 – Courriel : christine.alexandre@ch-eureseine.fr

Envoyer candidature et curriculum vitæ à :

Direction des Affaires Médicales – C. ALEXANDRE MARC, Directeur Adjoint – Rue Léon Schwarzenberg – 27015 ÉVREUX CEDEX
☎ 02.32.33.80.33 – Courriel : christine.alexandre@ch-eureseine.fr



NORMANDIE

**L'UNION SANITAIRE ET SOCIALE AUDE PYRÉNÉES**

Vous intervenez dans une équipe pluridisciplinaire (généralistes, infirmiers, ASG, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien...) au sein d'une filière psycho-gériatrique (prise en charge de personnes âgées présentant une maladie neurodégénérative ou apparentée avec troubles du comportement associés).

Le poste comporte les missions suivantes :

- Suivi médical des patients des 30 lits d'USLD.
- Responsable de l'hôpital de jour personnes âgées polypathologiques (centré sur le repérage de la fragilité).
- Interventions de remplacement sur les Unités de SSR (remplacements lors d'absence des collègues).
- Interventions sur consultation mémoire.

Il est possible d'envisager une évolution de l'activité vers une activité temps plein sur les 19 lits du SSR 2 (10 lits d'UCC, 3 lits identifiés Soins Palliatifs, 6 lits SSR).

Vous intervenez dans le cadre du tour d'astreinte au sein d'une équipe de 6 médecins (généralistes et gériatres) sur Limoux pour les activités de psychiatrie et gériatrie de l'ASM.

RECHERCHE

Pour sa filière psycho-gériatrie basé à Limoux (11) au sein de l'association ASM/USSAP

Un Médecin Généraliste/Gériatre H/F à temps plein en CDI**Statut :**

- CDI à 100 % (selon ancienneté) salarié ou praticien hospitalier pour la voie du détachement. Rémunération selon convention collective nationale 51 FEHAP ou grille des praticiens hospitaliers, avantages sociaux nombreux...

Département très agréable à vivre (ensoleillement, immobilier actif, sites touristiques et culturels nombreux, aéroport de Carcassonne, à 1 h de Toulouse, bord de mer, montagne, station de ski ...).



Adresser les candidatures + CV à la Direction des Affaires Médicales : direction@ussap.fr

OCCITANIE

**LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL CASTELSARRASIN MOISSAC**

(Médecine, Chirurgie, Urgences, Laboratoire, Pharmacie, HAD, EHPAD, SSR)

RECHERCHE :

UN MÉDECIN GÉRIATRE**ou UN MÉDECIN TITULAIRE**

du DU de gériatrie, temps plein ou temps partiel

pour son USLD (Unité de Soins de Longue Durée) de 30 lits, situé

à Moissac au sein de l'EHPAD (Moissac est situé à 50 kms de Toulouse).

Adresser candidature et CV à :
Madame Catherine Benito – DRH - c.benito@ch-cm.fr





LE CENTRE HOSPITALIER DE BAR-SUR-AUBE RECRUTE

MÉDECIN (H/F)



Le centre hospitalier Saint Nicolas de Bar-sur-Aube est composé d'un secteur sanitaire et médico-social :

- Une unité de Soins de Longue Durée (USLD) de 30 lits.
- Une unité de Médecine/SSR de 30 lits.
- Un EHPAD de 130 lits dont 14 lits d'unité de vie protégée.

Depuis 2015, le CH de Bar-sur-Aube est membre des Hôpitaux Champagne Sud (HCS), un groupement hospitalier rassemblant tous les établissements publics de santé de l'Aube et du Sézannais.

CANDIDATURE DÉTAILLÉE À ADRESSER À :

Monsieur le Directeur, Centre Hospitalier de Bar-sur-Aube
2 rue Gaston Cheq - 10200 Bar-sur-Aube
Mail : bernard.mabileau@hcs-sante.fr

RENSEIGNEMENTS :

Dr Fanny PENASSE, Présidente de CME
fanny.penasse@ch-bsa.fr et/ou Mme Camille SILVA,
Responsable RH - Tél. : 03 25 27 55 33

POSTE PROPOSÉ :

- Poste de médecin à temps plein.

CONTRAT : CDI

CONDITIONS DE RECRUTEMENT ATTRACTIVES :

- Possibilité de logement à proximité de l'établissement.
 - Frais de déplacements pris en charge par l'établissement.
- Vous trouverez une équipe dynamique en constante recherche d'amélioration de la prise en soins globale des patients et résidents.
Les différentes unités proposent des activités variées, un travail en équipe pluridisciplinaire, un engagement dans la démarche d'amélioration continue de la qualité.



Site internet : www.ch-barsuraube.fr

GRAND EST

LA CLINIQUE LA BOISSIÈRE - GROUPE ALMAVIVA SANTÉ (Eure-et-Loir)

située à 1 heure de Paris et à 10 kms du centre de Chartres

RECHERCHE



MÉDECINS GÉRIATRES en CDI à temps plein ou à temps partiel

(Inscription à l'Ordre des médecins en France indispensable)

Nous recrutons pour le secteur d'hospitalisation complète ainsi que pour l'ouverture de notre secteur d'hospitalisation de jour en gériatrie et pour l'unité cognitivo-comportementale (dont les ouvertures sont prévues début octobre 2020).

Vous faites partie d'une équipe médicale et d'une équipe pluriprofessionnelle : Médecins, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, psychomotricienne, diététicien, psychologue, neuropsychologue, assistante de service social...



Site internet : www.clinique-boissiere.fr

Poste à pourvoir dès que possible.

Les candidatures sont à adresser par mail à Mme FOISY : coralie.foisy@almaviva-sante.com
ou par courrier au 22 Rue de la Boissière - 28630 Nogent-Le-Phaye

Pour tout renseignement, veuillez contacter
Mme FOISY au 02 37 33 49 00

CENTRE-VAL DE LOIRE

LE CENTRE HOSPITALIER JEANNE DE NAVARRE À CHÂTEAU-THIERRY (AISNE 02)

RECHERCHE POUR SES EHPAD :

● 1 MÉDECIN COORDONNATEUR

TEMPS PLEIN (Capacité en gériatrie ou DIU de médecin coordonnateur appréciés).

● 2 MÉDECINS GÉNÉRALISTES

TEMPS PLEIN (Capacité en gériatrie appréciée).

- La Résidence Bellevue, EHPAD annexe du Centre hospitalier (231 lits dont 16 lits d'UHR Alzheimer labellisée).
- La Résidence de la Vallée à Charly-sur-Marne (65 lits dont 13 lits d'Unité de Vie Protégée Alzheimer).
- La Résidence des Tilleuls à Neuilly-Saint-Front (38 lits).
- L'EPMS [Établissement Public Médico-Social] (4 sites : Marchais-en-Brie, Condé-en-Brie, Courtemont-Varennes, Barzy-sur-Marne pour un total de 75 lits).



Le CH a une activité MCO de 179 lits à forte proportion ambulatoire. Le médecin coordonnateur est destiné à l'ensemble des EHPAD. Les 2 postes de médecins généralistes sont destinés à l'EHPAD annexe du CH. Exercice en collaboration étroite avec le service de médecine polyvalente du CH et avec les professionnels libéraux de ville dans le cadre de la filière gériatrique.



CANDIDATURES À ADRESSER À :

Mme Amoï THONG - Affaires Médicales
affaires.medicales@ch-chateau-thierry.fr

HAUTS-DE-FRANCE