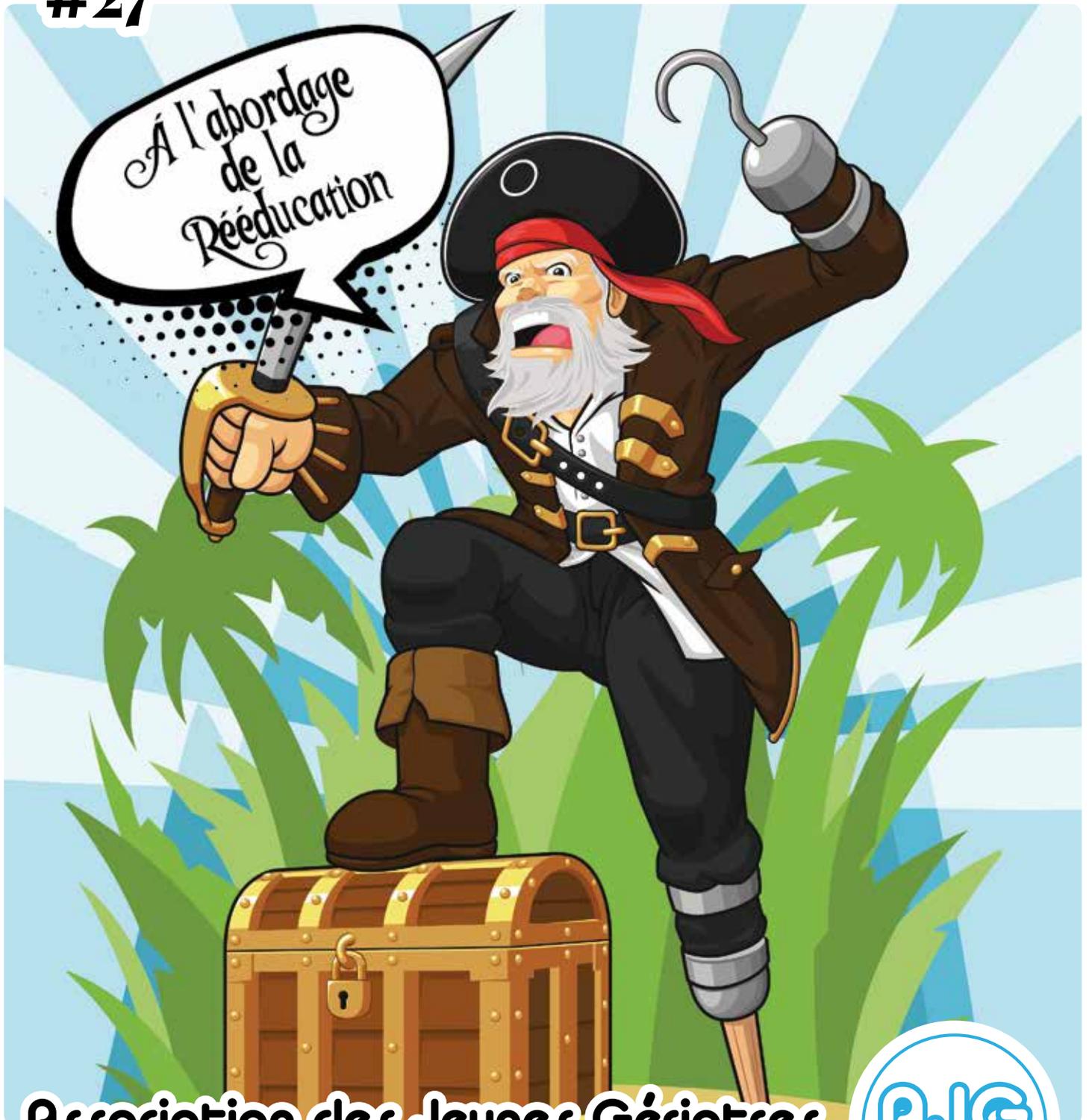


LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#27

AOÛT 2021 - NUMÉRO GRATUIT



Association des Jeunes Gériatres

www.assojeunesgeriatres.fr



LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#27



ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES
www.assojeunesgeriatres.fr

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2020 - 2021

BUREAU

PRÉSIDENT

Matthieu PICCOLI

VICE-PRÉSIDENTE

Fanny DURIG

SECRÉTAIRE

Victoire LEROY

TRÉSORIER

Thomas TANNOU

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Cyprien ARLAUD

Amélie BOINET

Alexandre BOUSSUGE

Pierre-Emmanuel CAILLEAUX

Arnaud CAUPENNE

Guillaume CHAPELET

Guillaume DUCHER

Guillaume DUVAL

Antoine GARNIER-CRUSSARD

Claire GODARD-SEBILLOTE

Florent GUERVILLE

Nathalie JOMARD

Thomas RENONCOURT

Sophie SAMSO

Romain VAN OVERLOOP

SOMMAIRE

- 03 ÉDITORIAL**
- 04 ARTICLE THÉMATIQUE**
Amputation de membre inférieur et appareillage de la personne âgée
- 15 FOCUS GÉRIATRIQUE**
Les unités neurovasculaires de la personne âgée
- 19 FICHES MÉTIER**
Masseur-kinésithérapeute en SSR gériatrique
- 22 FICHE PRATIQUE**
Hypertonies déformantes acquises de la personne âgée
- 26 RETOUR DE CONGRÈS**
Webinaire AJG-AJMER
- 31 ACTUALITÉS AJG**
- 32 FICHE DU MÉDICAMENT**
Le Baclofène
- 36 BIBLIOGRAPHIE**
La déprescription en gériatrie
A systematic review of the evidence for deprescribing interventions among older people living with frailty
- 38 CAS CLINIQUES**
La camptocormie...
Quand faire le dos rond doit entraîner des investigations !
- 41 ANNONCES DE RECRUTEMENT**

N° ISSN : 2264-8607

ÉDITEUR ET RÉGIE PUBLICITAIRE

Réseau Pro Santé

14, rue Commines | 75003 Paris

M. TABTAB Kamel, Directeur

reseauprosante.fr | contact@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,

Nous continuons notre aventure et nos partenariats avec les autres spécialités pour mettre en avant dans ce 27^{ème} numéro de la Gazette du Jeune Gériatre la **Médecine Physique et de Réadaptation**.

La MPR est un peu la sœur de la gériatrie ! Tellement de points communs qu'on pourrait croire à des membres d'une même famille. Sous l'égide d'un projet de soins personnalisés autour d'une personne et non d'une maladie, cette spécialité réunit aussi la volonté d'une pluridisciplinarité, la gestion multi-organes, la lutte contre les incapacités fonctionnelles et la recherche d'une amélioration de la qualité de vie.

Nous avons donc construit ce numéro avec l'Association des Jeunes en Médecine Physique et de Réadaptation (AJMER) pour illustrer quelques liens entre nos spécialités.

Ce partenariat s'est également concrétisé avec un webinaire commun qui a eu lieu le 23 juin 2021 et dont le résumé vous est raconté dans la rubrique **Retour de congrès**. Trois orateurs ont abordé la préhabilitation, la gestion des rétentions urinaires et de l'incontinence urinaire et les hypertonies déformantes acquises.

Si cette nouvelle couverture montre un pirate à la jambe de bois, c'est pour faire un clin d'œil à l'**article thématique** sur le thème des amputations, peu traités en gériatrie. Nous nous intéresserons ensuite aux unités neuro-vasculaires du sujet âgé dans le **focus gériatrique**.

La **fiche pratique** reprendra le thème des hypertonies déformantes acquises (ne dit-on pas que la pédagogie est la répétition...) et sera conclue comme à son habitude par un schéma synthétique, à imprimer ou découper ! (La rubrique fiche pratique est d'ailleurs disponible sur notre site internet et reprend les tableaux/schémas de synthèse des dernières fiches publiées).

La **fiche du médicament** abordera quant à elle la spasticité avec le baclofène.

Enfin nous continuons de publier dans la Gazette les **revues de bibliographies** rédigées par le conseil d'administration de l'AJG (et disponible dans votre espace adhérent) avec cette fois-ci une revue sur la déprescription chez le sujet âgé.

Dans la rubrique **Actu-AJG**, nous vous livrerons quelques-uns des projets/contributions passés et futurs de l'Association des Jeunes Gériatres et les thèmes des prochains Webinaires.

Apporter du lien entre les spécialités et entre les gériatres, voici ce qui nous tient à cœur. Nous espérons continuer à le faire !!

Alexandre BOUSSUGE et Nathalie JOMARD
Rédacteurs en chef de la Gazette du Jeune Gériatre

PS : Nous avons toujours à cœur de nous rapprocher le plus possible de vos attentes, alors n'hésitez pas à répondre à notre questionnaire (si vous ne l'avez pas déjà fait dans le dernier numéro).

Nous vous présenterons les résultats dans le prochain numéro.



(Activer le mode QRcode de votre appareil photo pour arriver sur le lien du sondage)

<https://framaforms.org/gazette-du-jeune-geriatre-1606062550>

Merci beaucoup de faire vivre et évoluer votre Gazette !

AMPUTATION DE MEMBRE INFÉRIEUR ET APPAREILLAGE DE LA PERSONNE ÂGÉE

Généralités

Les amputations d'étiologies vasculaires restent la principale cause d'amputation dans le monde (54 à 82 % des cas), le plus souvent associées au diabète et/ou à l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) (1). Les études épidémiologiques françaises disponibles sur les populations amputées se concentrent uniquement sur ce « mal du siècle » ou cette « épidémie silencieuse ». Avec 8 400/an en 2016, contre 7 749 en 2013 selon le rapport de l'InVS, elle représente la principale cause d'amputation en France avec un taux d'amputation 12 fois plus important que dans la population générale (2).

Les patients vasculaires constituent une population fragile, dite « polyopathologique », « polymédiquée », souvent âgée (>60 ans) et présentant fréquemment un effondrement des capacités fonctionnelles et des restrictions de participation préexistant à l'amputation.

Les autres causes d'amputation (d'origine carcinologique, traumatique ou septique) dans cette tranche d'âge de la population sont marginales ; et la rééducation et l'appareillage peuvent varier, notamment du fait du pronostic fonctionnel parfois meilleur.

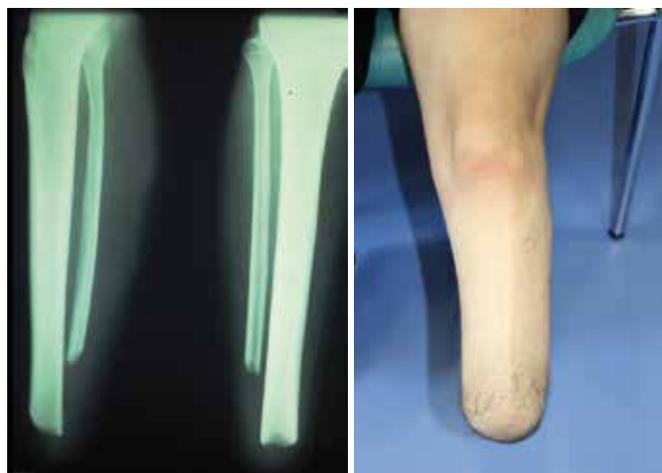
Avec les progrès de la médecine, de la chirurgie et de l'appareillage, l'amputation doit être aujourd'hui considérée comme une chirurgie fonctionnelle de reconstruction centrée autour d'un nouveau projet de vie personnalisé et d'une ré-autonomisation globale.

Avec l'âge, l'urgence est la reverticalisation et la reprise de la marche pour éviter l'évolution vers une grabatisation irréversible. Le défi est donc de transformer un « échec » de sauvetage du membre en un « succès » de réhabilitation fonctionnelle.

Le geste chirurgical s'inscrit dans une prise en charge coordonnée, au mieux en réunion de concertation pluridisciplinaire, par des équipes expérimentées de chirurgiens, de médecins MPR et de professionnels de la rééducation et de l'appareillage afin de définir ensemble « le bon moment – le bon niveau – le bon moignon ».

Le chirurgien sera vigilant à chaque temps du geste opératoire (3-4) :

- Bras de levier osseux suffisant, extrémités osseuses abattues et émoussées.
- Ligatures vasculaires distales.
- Sections nerveuses proximales.
- Parties molles suffisantes, sans excès ni défaut pour un bon capitonnage osseux.
- Valves cutanées de bonnes qualités, sensibles, cicatrices à distance des zones de pression.

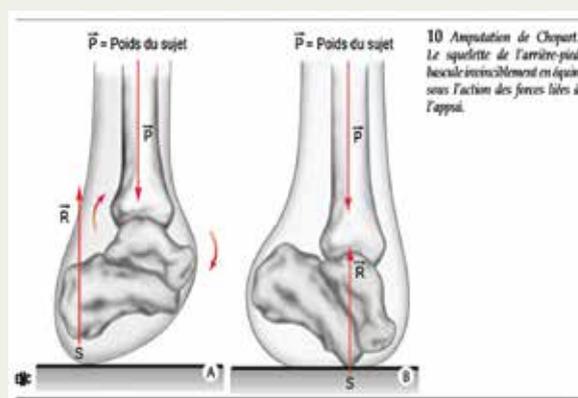


Encadré 1 : Niveaux d'amputations – limites à connaître pour envisager un appareillage

➔ Amputation partielle de pied	➔ Amputation transtibiale	➔ Amputation transfémorale
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les amputations d'avant-pied et de médio-pied permettent un appui distal. ■ Les amputations d'arrière-pied n'ont que de rares indications. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Idéalement à la jonction 1/3 moyen – 1/3 inférieur. ■ Limite supérieure : conservation de la tubérosité tibiale antérieure 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Limite supérieure 7 à 8 cm sous le petit trochanter. ■ Limite inférieure 10 à 12 cm au-dessus de l'interligne fémoro-tibial.

Encadré 2 : Spécificités chirurgicales chez la personne âgée

- ➔ **Intérêt d'une amputation à moignon laissé ouvert ou semi-fermé** : Afin de préserver le genou, une amputation en transtibial peut être proposée malgré un geste en zone non saine (ischémie et/ou infection).
- ➔ **Conserver un appui distal pour une déambulation sans appareillage sur une courte distance (se lever la nuit...)** : En l'absence de contre-indication (ischémie, diabète et/ou infection) et si la coque talonnière est de bonne qualité et sensible, il peut être intéressant de proposer une amputation de Chopart complétée au minimum par une arthrodèse tibio-astragalo-calcanéenne afin d'éviter la bascule en équin.



Conséquences – complications liées à l'amputation

L'amputation de membre constitue pour le patient qui la subit une épreuve physique et psychologique majeure.

A la perte immédiate de la fonction et de l'image corporelle, s'ajoutent de multiples conséquences et complications qui seront toutes à évaluer et à prendre en charge pour espérer le meilleur résultat fonctionnel possible, tant sur le plan de la rééducation, que sur le plan de l'appareillage.

Impact psychologique

L'amputation représente un « choc », une atteinte directe à l'intégrité et à l'image de soi.

Le patient passera, à son rythme et parfois avec fluctuation, par les différentes phases du deuil : choc/déni – colère/révolte – marchandage – dépression – acceptation.

Chaque patient rapportera également une angoisse, une anxiété et des interrogations concernant la suite de sa vie avec cette amputation.

L'accompagnement du patient, le dépistage et la prise en charge de cet impact psychologique est primordial, tout au long du parcours de soins et de rééducation.

Défaut de cicatrisation

Selon les études, entre 10 % et 50 % des amputations vont nécessiter une reprise chirurgicale à cause d'une mauvaise évolution, ischémie de moignon, infection de site opératoire (4).

Une évaluation précise, clinique et paraclinique, du potentiel de cicatrisation est primordiale en préopératoire.

Complications de décubitus

Comme tout évènement médico-chirurgical lourd, les patients amputés, âgés, subiront une période d'alitement plus ou moins prolongée et seront à risque de présenter les complications classiques du décubitus.

Risque de chute

Le risque de chute est d'autant plus important que l'amputation est récente, que le niveau d'amputation est proximal (transfémoral > partiel de pied), que le patient présente des déficits moteurs et/ou des troubles de l'équilibre, qu'il est âgé ou qu'il présente des troubles cognitifs ou des médicaments altérant sa vigilance.

Il faut souligner que, chez ces patients fragiles, ostéoporotiques, sous antiagrégation et/ou anticoagulation curative, ces chutes peuvent se compliquer d'hématome profond, de traumatisme crânien, de fracture.

Souvent le patient va avoir tendance à vouloir se « rattraper » avec l'aide de ses membres inférieurs et va alors tomber sur le moignon, entraînant fréquemment un saignement voire une désunion de la cicatrice en postopératoire.

Douleur

La douleur chez le patient amputé est quasi-systématique mais il est important de distinguer la douleur du membre résiduel de la douleur du membre fantôme (cf. encadré 3).

La **douleur du membre résiduel** peut être de différents types et d'étiologies diverses mais parfois associées :

- Douleur nociceptive : postopératoire – choc suite à une chute – etc.
- Douleur inflammatoire : infection – bursite – allergie.
- Douleur liée à l'ischémie : souvent associée aux troubles trophiques.
- Douleur neuropathique liée à un névrome : douleur à type de brûlure, de paresthésie, de décharge électrique avec parfois une zone gâchette. L'imputabilité du névrome dans le processus douloureux reste difficile et nécessite des explorations complémentaires.

La **douleur du membre fantôme** ou algohallucinose : douleur hétérogène nociceptive et neuropathique se modifiant avec le temps pour se localiser finalement plutôt aux extrémités. Elle peut être continue ou paroxystique et favorisée par des facteurs externes (émotion, pathologies du moignon).

A noter que chez le patient amputé et appareillé, il faut systématiquement vérifier **l'adaptation de la prothèse** devant toute douleur rapportée par le patient : conflit moignon-emboiture (serrage, hyperappui, suspension, frottement...), défaut d'alignement ou de hauteur.

Attitudes vicieuses

Tandis que l'amputé fémoral aura une tendance au flessum – abductum de hanche, l'amputé tibial présentera souvent un flessum de genou.

Ces attitudes vicieuses sont plurifactorielles :

- **Chirurgical** : déséquilibre du rapport des muscles agonistes-antagonistes lié au geste et au niveau d'amputation.
- **Iatrogène** : lié au positionnement du patient le plus souvent au lit ou au fauteuil.
- **Ischémique** : lié à l'artériopathie et au défaut de vascularisation et d'oxygénation musculaire entraînant un remaniement des sarcomères et une hypoextensibilité du muscle.

Déconditionnement et augmentation de la dépense énergétique

Les patients amputés d'origine vasculaire, âgés, sont systématiquement déconditionnés et, très souvent, n'ont pas marché depuis longtemps du fait de l'artériopathie, des comorbidités et des hospitalisations successives.

De plus, l'appareillage va entraîner un surcoût énergétique à la marche de l'ordre de 30 % pour un amputé tibial et 60 % pour un amputé transfémoral (5).

Le risque de décompensation d'une cardiopathie sous-jacente ou de l'artériopathie sur le membre amputé ou le membre opposé est donc réel et nécessite une évaluation cardio-vasculaire et cardio-respiratoire en amont de la rééducation.

Pronostic de la personne amputée d'étiologie vasculaire

Les amputations majeures de membres inférieurs sont de mauvais pronostic. L'âge et les facteurs de risque cardio-vasculaires sont fréquemment décrits comme facteurs prédictifs négatifs.

Concernant les amputations d'origine vasculaire, les études rapportent un taux de mortalité à 5 ans entre 40 à 60 % pour les amputations transtibiales et entre 50 à 90 % pour les amputations transfémorales (6).

Encadré 3 : Distinction des 2 populations de personnes âgées amputées (7-8) : les patients amputés jeunes qui vieillissent et les patients amputés à un âge avancé.

Les premiers présenteront les conséquences d'un vieillissement « accéléré » par l'amputation :

- ➔ Coté amputé : ostéoporose, amyotrophie.
- ➔ Côté opposé : arthrose, lésion musculo-tendineuse liées à la surutilisation du membre lors de l'appui.
- ➔ Au niveau du rachis et des membres supérieurs : discopathies, lombo-radiculalgies, pathologie de la coiffe des rotateurs, syndromes canaux.
- ➔ Ils subiront également les conséquences du port de l'appareillage au long cours notamment au niveau cutané-trophique et des stratégies de compensations utilisées qu'il conviendra de prendre en charge parfois en proposant un autre type d'appareillage mais qui sera difficile de faire accepter.

Les seconds présenteront essentiellement les conséquences directes d'une amputation récente et toutes les déficiences et limitations d'activités liées aux comorbidités souvent nombreuses, sévères, et préexistantes lorsqu'il s'agit d'une amputation d'origine vasculaire.

Prise en charge de la personne âgée amputée

Dès la phase post-opératoire

La rééducation doit être précoce, commencée le plus rapidement possible après l'intervention en service de chirurgie.

Une attention particulière doit être portée à la réalisation de la contention du moignon par bandage à la bande Velpeau®. Il n'y a aucune contre-indication à cette compression qui est essentielle dès l'intervention terminée.

L'objectif du bandage est triple :

- Drainer l'œdème.
- Faciliter la cicatrisation et « modeler » le moignon pour le préparer à l'appareillage.
- Lutter contre la douleur post-opératoire et la douleur fantôme.

BANDAGE du moignon Trans-Fémoral

Utilisez 1 ou 2 bandes type Velpeau (filet bleu, largeur 20 à 25 cm, bien élastiques).

Bien commencer le bandage à la racine de la cuisse.

Faire deux allers et retours en tirant la bande vers le haut pour obtenir une bonne pression en extrémité.

Recouvrir par des spirales en allant de l'extrémité à la racine sans laisser se former de bourrelet.

Ce serrage doit être un peu plus important à l'extrémité pour éviter le phénomène de garrot.

Si le moignon est court, passez le bandage autour de la taille en entraînant le moignon vers l'arrière.

SONS PT 628 / Juin 2016

BANDAGE du moignon Trans-Tibial

Utilisez 1 ou 2 bandes type Velpeau (filet bleu, largeur 10 cm, bien élastiques).
Le bandage doit être fait le genou tendu.

Commencez au dessus du genou en demandant au patient de maintenir le chef de la bande avec ses deux pouces.

Faire deux allers et retours en tirant bien sur la bande.

Le patient la maintenant sous le genou avec ses autres doigts.

Puis enveloppez le moignon en commençant par l'extrémité et en remontant les spirales jusqu'au dessus du genou.

Ce serrage doit être un peu plus important à l'extrémité qu'à la racine pour éviter le phénomène de garrot.

SONS PT 627 / Juin 2016



L'urgence de la rééducation est la **verticalisation** précoce et la **lutte contre les attitudes vicieuses** par de la kinésithérapie d'abord analytique passive, puis active et fonctionnelle.

En milieu SSR spécialisé

La prise en charge du patient amputé doit se faire en centre spécialisé, par des équipes pluridisciplinaires et expérimentées.

Dès l'admission, un bilan complet est réalisé par tous les intervenants afin d'élaborer en équipe médicale – rééducative – sociale, avec le patient et son entourage, un projet personnalisé de soins, visant à organiser la rééducation, l'appareillage et à terme préparer la sortie de l'hôpital.

Le premier temps de la prise en charge concerne la cicatrisation, dont les soins sont réalisés par des infirmières et des médecins formés aux plaies complexes.

Sur le plan médical

- Bilan et prise en charge de la maladie causale,
- Bilan des facteurs de risque cardio-vasculaires avec notamment l'importance d'un bilan de la fonction cardiaque et de la tolérance à l'effort pour guider la rééducation et le choix de l'appareillage en fonction des capacités résiduelles.
- Supervision de la cicatrisation.
- Prise en charge de la douleur.
- Prise en charge de la nutrition.
- Coordination des soins, de la rééducation, du futur appareillage et de la prise en charge sociale.

Sur le plan rééducatif

- *Prise en charge psychologique* : L'écoute et l'accompagnement doit se faire par chaque intervenant et à chaque instant. D'une manière systématique le patient doit bénéficier d'une évaluation psychologique et une prise en charge adaptée et spécialisée doit lui être proposée si nécessaire.
- *Kinésithérapie* : Le travail est d'abord analytique pour mobiliser les articulations et éviter les attitudes vicieuses, renforcer les muscles des membres inférieurs et des membres supérieurs, prévenir des lésions de la coiffe des rotateurs, améliorer l'équilibre assis. Puis il doit s'orienter rapidement vers du travail fonctionnel des transferts et de la déambulation en monopodal.

Une fois appareillé, le patient bénéficiera d'une rééducation adaptée et spécifique au matériel prothétique mis en place.

- *Activité Physique Adaptée* : Le patient bénéficie de gymnastique douce et de travail au fauteuil. Avec le médecin, l'enseignant APA élabore un programme de reconditionnement à l'effort en restant vigilant à l'état cardio-respiratoire du patient et au respect strict des contre-indications. Des activités de sport adapté peuvent être proposées à tout âge.

- *Ergothérapie* : L'ergothérapeute assure la mise en d'un fauteuil roulant adapté (parfois électrique), l'évaluation de l'autonomie et propose des aides techniques pour les activités de vie quotidienne notamment la toilette, l'habillage, la prise des repas, l'élimination urinaire et fécale.
- L'ergothérapeute réalise également des visites à domicile et préconise les adaptations et travaux nécessaires afin de préparer le retour du patient dans son environnement.
- *Psychomotricité* : Le (la) psychomotricien(ne) travaille sur ce nouveau schéma corporel ce qui peut, surtout chez la personne âgée, s'avérer très bénéfique.

Sur le plan social

- Le contexte social des patients amputés, et ce d'autant que l'étiologie est vasculaire, est souvent difficile avec des problématiques de logement et/ou d'entourage.
- Le rôle de l'assistant(e) social(e) est fondamental : Démarche d'accompagnement et d'aide au logement, démarche pour l'entrée en EHPAD ; aide à la constitution des dossiers d'Allocation Personnalisée à l'Autonomie, de mutuelle, d'aide sociale, etc.

Encadré 4 : prise en charge de la douleur neuropathique et de la douleur du membre fantôme

➡ Traitements pharmacologiques	➡ Traitements non pharmacologiques	➡ pour la douleur du membre fantôme
Antalgique pallier 1 et 2 : Paracétamol et Tramadol Anti-épileptique : Gabapentine / Prégabaline / Clonazépam Anti-dépresseur : Amitriptyline / Duloxétine Anesthésiques locaux : Lidocaïne	La compression par le bandage et le manchon TENS Rééducation sensitive	En plus, Hypnothérapie Thérapie miroir

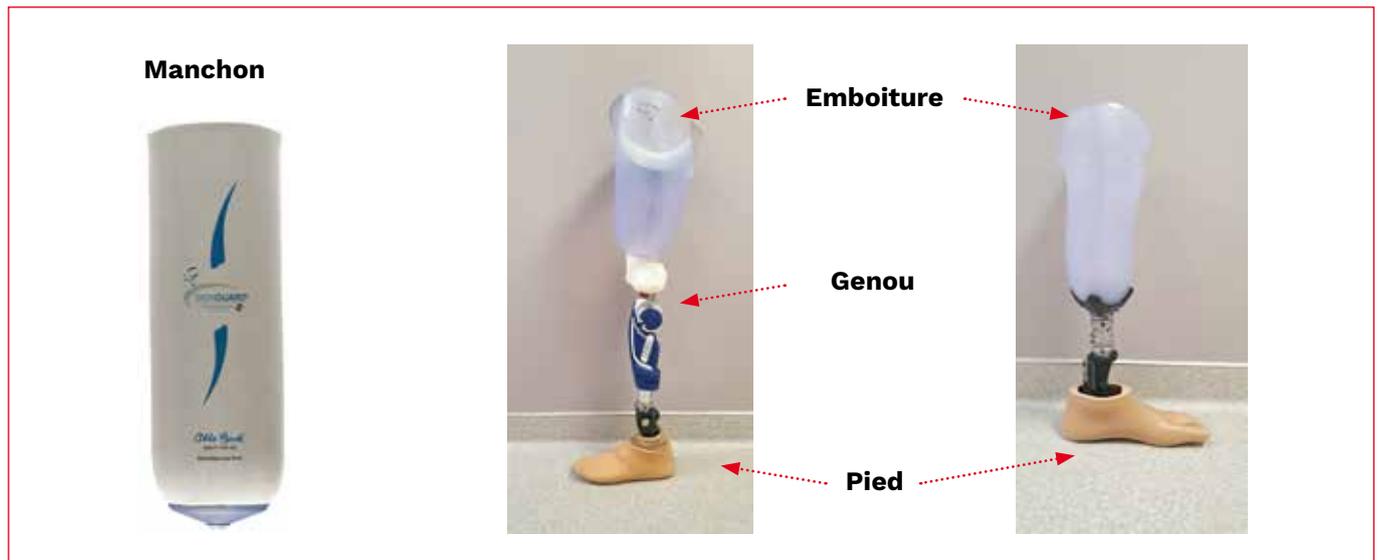
Encadré 5 : Prescription de rééducation sans appareillage

- ⊕ Faire réaliser par un masseur-kinésithérapeute des séances de rééducation dans un contexte d'amputation du membre inférieur.
- ⊕ Nombre et rythme des séances à définir par le thérapeute (en SSR, 1 à 2 fois par jour, 5 jours par semaine minimum).
- ⊕ Objectifs :
 - Aide et apprentissage du bandage.
 - Entretien articulaire du membre amputé : Lutte contre les attitudes vicieuses en flessum de genou / flessum-abductum de hanche.
 - Travail de renforcement musculaire du membre amputé et du membre opposé.
 - Travail des membres supérieurs avec prévention des lésions de la coiffe des rotateurs.
 - Travail de l'équilibre assis, du tonus du tronc.
 - Travail des transferts.
 - Travail de verticalisation et de déambulation en monopodal.

Appareillage

L'appareillage pourra débuter une fois la cicatrisation et la diminution de l'œdème du moignon obtenues.

Dans l'idéal, l'orthoprothésiste fait partie de l'équipe de rééducation, salarié du centre SSR, et évolue au sein d'un atelier intégré d'appareillage pour optimiser sa prise en charge.



Les différents éléments composant une prothèse de membre inférieur sont :

Le manchon : Il s'agit de l'interface appliquée sur le moignon.

Aujourd'hui un manchon est **systématiquement prescrit** quel que soit le niveau d'amputation. Le manchon offre une protection cutanée, un confort, facilite le chaussement (pour les prothèses fémorales) et assure la suspension du moignon dans l'emboiture.

Différentes matières de manchons existent, chacune d'elles ayant des caractéristiques et des indications spécifiques : mousse thermoformée, latex, gel de copolymère, silicone, uréthane.

Deux systèmes de suspension existent : L'accrochage distal (plongeur sur le manchon) et la dépressurisation (valve antiretour dans l'emboiture, gaine d'étanchéité ou collerette sur le manchon).

L'emboiture : C'est la **partie prothétique** dans laquelle vient se placer le moignon.

Pour les prothèses tibiales, les emboitures actuelles sont dites « de contact » et ont remplacé les emboitures traditionnelles à appui sous-rotulien – contre appui poplité.

Les emboitures fémorales ne sont plus « quadrangulaires » mais à « ischion intégré ».

Ces progrès ont permis d'améliorer le confort, la tolérance et les performances des patients. D'abord en matière thermoformable ou en plâtre pendant l'adaptation, les emboîtures définitives seront en résine ou en carbone.

Le Genou (si amputation fémorale) : Il existe une multitude de genou prothétique ; du simple genou à verrou obligeant à une marche « jambe raide » mais dont la phase d'appui est donc sécurisée, aux genoux mécatroniques commandés par microprocesseur offrant une qualité de marche bien supérieure mais nécessitant des capacités fonctionnelles plus élevées et une rééducation spécifique.



Différentes générations de genoux prothétiques

Le Pied : Comme pour les genoux, il existe aujourd'hui une gamme très large de pieds prothétiques. Le développement de pieds en carbone à restitution d'énergie classés selon leurs caractéristiques techniques de « propulsion » et de « déformation permanente » ont permis une nette amélioration de la marche, en qualité et en confort.



Différents types de pieds à restitution d'énergie

Le revêtement esthétique : La prothèse définitive peut être habillée ou non, laissant alors les différents éléments et les tubes apparents.

Généralement en mousse, le revêtement peut être personnalisé (mais non remboursé).



Il est difficile de parler de « recette magique » ou de « prothèse type ». Le choix du type de prothèse et des éléments prothétiques dépend de plusieurs facteurs :

- L'étiologie et le niveau d'amputation.
- L'état du moignon et du membre opposé.
- Les capacités fonctionnelles et le risque de chute.
- Les comorbidités, l'état de fragilité et la tolérance à l'effort.
- L'environnement du patient et la présence ou non de son entourage.
- Le projet de vie élaboré en équipe et avec le patient et sa famille.
- L'expérience et les habitudes des équipes d'orthoprothésistes.

Durant toute la période de soins et de rééducation, l'appareillage sera dit « provisoire » ou « d'entraînement » car il sera souvent nécessaire de reprendre des mesures pour refaire l'emboîture afin de suivre la diminution de l'œdème et du volume du moignon ; ou bien encore de changer de matériel pour s'adapter à l'évolution des capacités fonctionnelles du patient.

Le passage à la prothèse dite « définitive » ne se fera qu'une fois le volume du moignon stabilisé et le patient suffisamment rééduqué pour s'assurer du meilleur résultat fonctionnel possible.

Encadré 6 : Spécificités de l'appareillage chez la personne âgée

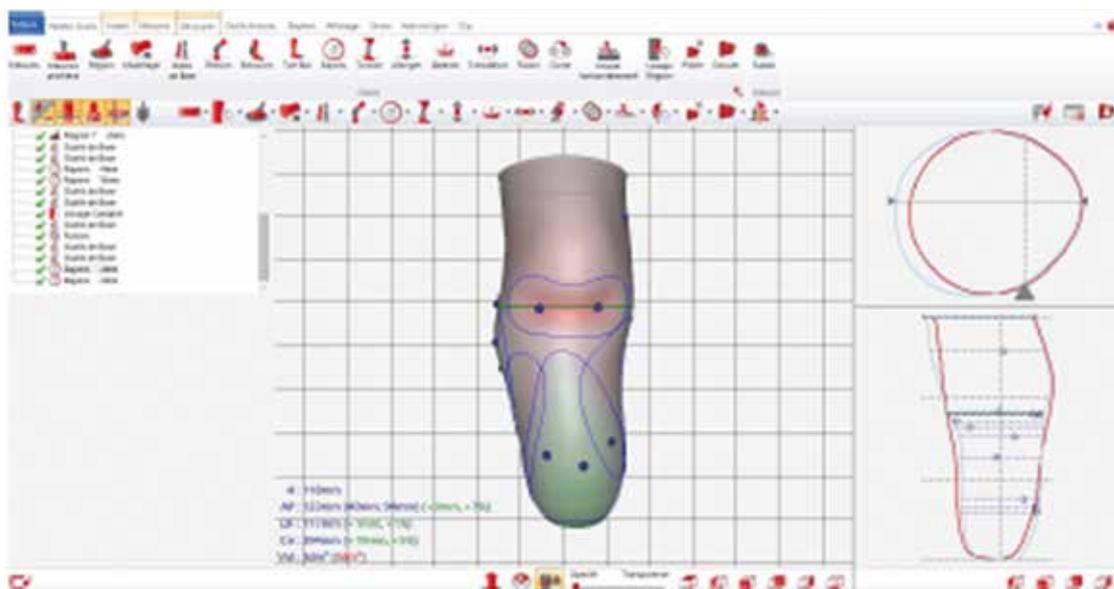
- ➔ En cas d'amputation tibiale avec un moignon laissé ouvert et une période de cicatrisation qui s'annonce longue, une prothèse monobloc dite « de cicatrisation » peut être confectionnée afin de remettre rapidement le patient debout et à la marche (jambe raide).
- ➔ D'une manière générale chez le patient amputé âgé et fragile, il faut toujours rechercher un mode de chaussement simple, une prothèse confortable, légère et sûre.
- ➔ La réalisation d'une prothèse aquacompatible, équipée de composants résistant à l'eau, est utile pour permettre au patient de réaliser sa toilette en conservant un appui bipodal sur le sol glissant de la salle d'eau et limiter ainsi le risque de chute.
- ➔ Aujourd'hui, des genoux prothétiques à microprocesseur sont développés pour répondre spécifiquement aux personnes à mobilité modérée et leur permettre d'accéder à une marche plus sûre et de meilleure qualité.

**L'apport des nouvelles technologies (10)**

L'essor des nouvelles technologies, notamment le développement de l'électronique et du numérique a permis d'accélérer les progrès de l'appareillage. Aujourd'hui, la prise d'empreinte numérique et l'impression 3D remplacent le plâtre pour la réalisation des emboîtures. Les genoux prothétiques nouvelles générations offrent, même au patient âgé et fragile, des performances de grande qualité.

Ces innovations permettent aux orthoprothésistes d'être plus réactifs, d'optimiser et de standardiser leurs process, d'assurer une traçabilité et un enregistrement des données.

Les nouvelles solutions prothétiques apportent au patient plus de confort, de contrôle et de maîtrise.



Encadré 7 : Cadre réglementaire de prescription des chaussures orthopédiques, ortho-prothèses, prothèses de membre

- ➔ Les Podo-Orthèses et les Ortho-Prothèses sont des dispositifs médicaux de Grand Appareillage dont la prise en charge est remboursée si le matériel prescrit est inscrit sur la Liste des Produits et des Prestations de la Sécurité Sociale (Titre II, chapitre 6 et 7 de la LPP).
- ➔ La prescription de Grand Appareillage est une prescription médicale soumise à entente préalable et subordonnée à la prescription d'un médecin justifiant d'une des spécialités suivantes :
 - Médecine Physique et de Réadaptation.
 - Neurologie, Rhumatologie, Endocrinologie.
 - Chirurgie Orthopédique, Chirurgie Vasculaire, Neurochirurgie, Chirurgie Plastique et Reconstructrice.
 - Pédiatrie, Dermatologie, **Gériatrie** : si le prescripteur est rattaché à un établissement de Santé.
- ➔ Le prescripteur doit indiquer sur le CERFA les éléments médicaux justifiant la prise en charge de l'appareillage.
- ➔ Certains dispositifs sont soumis à des critères d'attribution que le patient doit remplir pour bénéficier de la prise en charge.
- ➔ L'Assurance Maladie prend en charge 2 prothèses définitives par patient, réformables et renouvelables tous les 3 à 5 ans.
- ➔ La prescription de renouvellement d'appareillage peut être effectuée par le médecin traitant.

Critères d'inappareillabilité

S'il n'y a pas de « recette magique » pour définir sur le papier la « bonne prothèse », établir une liste de contre-indications formelles à l'appareillage paraît difficile.

Cependant dans certaines situations le patient peut être déclaré « inappareillable » sur le plan fonctionnel :

- Amputation transfémorale bilatérale.
- Amputation transfémorale et intolérance à l'effort.
- Amputation transfémorale et membre inférieur opposé non fonctionnel.
- Moignon d'amputation ischémique, douloureux.
- Limitations sévères et irréductibles des amplitudes articulaires : flessum de genou ou flessum-abductum de hanche.
- Altération sévère des fonctions supérieures – démence.
- Risque de chute majeur – rapport bénéfice-risque défavorable.

Que faire quand le patient est inappareillable ?

La prévention des complications de décubitus, une kinésithérapie d'entretien et la mise en place d'un fauteuil roulant manuel, voire électrique quand c'est possible, sont primordiales pour maintenir une certaine indépendance fonctionnelle.

Au niveau tibial, une prothèse dite « de transfert » pourra être discutée surtout si le membre inférieur opposé n'est pas fonctionnel. L'objectif de cet appareillage – a minima – sera d'aider le patient, voire son entourage et/ou les aides à domicile, pour les transferts fauteuil-lit ou fauteuil-WC par exemple.

Au niveau fémoral, une prothèse à visée esthétique peut être réalisée selon le souhait du patient et de son entourage afin « d'habiller le pantalon » pour la position assise au fauteuil notamment.

La prise en charge médico-sociale est cruciale, soit pour mettre en place les aides nécessaires au maintien à domicile, soit pour accompagner le patient et son entourage vers une entrée dans une structure adaptée.

Encadré 7 : Cadre réglementaire de prescription des Fauteuils Roulants**➔ Fauteuil Roulant Manuel**

- Prescription Médicale sur ordonnance classique en location ou achat.
- Pour la location, préciser la durée en semaines.
- Préciser les options et adjonctions nécessaires : Dossier inclinable, roulettes antibascules, repose-pieds, repose-jambe.
- Penser au coussin d'assise à mémoire de forme.
- Le fauteuil doit être adapté au patient et à son environnement.

➔ Fauteuil Roulant Electrique

- Prescription Médicale sur ordonnance classique,
- Seul l'achat est prévu par la réglementation.
- L'acquisition est soumise à entente préalable.
- Evaluation obligatoire par une équipe pluridisciplinaire avec au minimum un Médecin MPR, un ergothérapeute ou kinésithérapeute.
- Certificat obligatoire pour justifier du type de fauteuil et de la capacité physique et cognitive à l'utiliser en sécurité.
- Un renouvellement à l'identique ne nécessite pas d'essai, ni d'entente préalable.

Conclusion – Messages clés

L'amputation est le traitement ultime de l'AOMI mais peut permettre, chez des patients âgés, fragiles, polyopathologiques, une restauration fonctionnelle et un retour vers une indépendance fonctionnelle jusque-là inespérée.

La prise en charge de la personne âgée amputée doit se faire en milieu spécialisé, par des équipes expérimentées et nécessite une coordination pluridisciplinaire, de l'admission en chirurgie pour définir le niveau d'amputation optimal, puis tout au long du parcours de soins et de rééducation au service d'un nouveau projet de vie construit avec le patient et son entourage.

La prise en charge initiale doit se concentrer sur les conséquences immédiates de l'amputation (impact psychologique, douleurs, risque de chute, complications de décubitus) et sur la cicatrisation et les bandages du moignon.

L'urgence de la rééducation est la reverticalisation et la lutte contre les attitudes vicieuses.

L'appareillage doit être réfléchi et adapté aux capacités fonctionnelles du patient, à ses antécédents et comorbidités, à son environnement et son projet.

Le développement de nouveaux outils numériques pour la conception et la fabrication, associés aux nouvelles solutions prothétiques offrent aujourd'hui, même pour les personnes âgées amputées, des résultats esthétiques et fonctionnels de qualité.

Bibliographie

1. Ziegler-Graham K, MacKenzie EJ, Ephraim PL, Travison TG, Brookmeyer R. Estimating the Prevalence of Limb Loss in the United States: 2005 to 2050. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. mars 2008;89(3):422-9.
2. [cnamts_rapport_charges_produits_2017.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2017.pdf) [Internet]. [cité 14 sept 2019]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2017.pdf
3. Menager D. Amputations du membre inférieur et appareillage. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Appareil locomoteur, 15-896-A-10, Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-170-B-15, 2002, 14p.*
4. Chambon JP. Amputations des membres inférieurs au cours de l'évolution des artériopathies chroniques oblitérantes. *EMC Techniques chirurgicales – Chirurgie vasculaire 2012;7(2):1-9 [Article 43-029-M]*
5. Schaik L, Geertzen JHB, Pieter U, Dijkstra PU, Dekker R. Metabolic Costs of Activities of Daily Living in Persons with a Lower Limb Amputation: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *PloS One* 14, no 3 (2019): e0213256. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213256>.
6. Thorud JC, Plemmons B, Buckley CJ, Shibuya N, Jupiter DC. Mortality After Nontraumatic
7. Major Amputation Among Patients With Diabetes and Peripheral Vascular Disease: A Systematic Review. *The Journal of Foot and Ankle Surgery: Official Publication of the American College of Foot and Ankle Surgeons* 55, no 3 (juin 2016): 591-99. <https://doi.org/10.1053/j.jfas.2016.01.012>.
8. Gailey R, Allen K, Castles J, Kucharik J, Roeder M. Review of Secondary Physical Conditions Associated with Lower-Limb Amputation and Long-Term Prosthesis Use. *Journal of Rehabilitation Research and Development* 45, no 1 (2008): 15-29. <https://doi.org/10.1682/jrrd.2006.11.0147>.
9. Dubois I, Lavrard B. Maintien de l'autonomie fonctionnelle de la personne amputée vieillissante. Communication orale, congrès ISPO France 2018.
10. Arfaoui M, Baudoin S. Apport de la numérisation du moignon dans l'appareillage d'un amputé de membre inférieur. Communication orale, congrès ISPO France 2018.

ICONOGRAPHIE issue de la base photos de l'IRMA.

Docteur Brice LAVRARD

Médecin Chef d'Établissement, Médecine Physique et de Réadaptation
Institut Robert Merle d'Aubigné - 94460 VALENTON
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

LES UNITÉS NEUROVASCULAIRES DE LA PERSONNE ÂGÉE



Accident vasculaire cérébral et personnes âgées : épidémiologie

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une pathologie fréquente et grave dont l'incidence est grandement liée à l'âge : 25 % des AVC concernant les patients âgés de plus de 85 ans¹. L'âge est le plus important des facteurs de risques non modifiable d'AVC, quel que soit le type². Chez la personne âgée, le taux de mortalité est augmenté et les séquelles sont plus fréquentes et sévères³. La sévérité plus importante des AVC, la présence de comorbidités et la fréquence des causes cardioemboliques semblent expliquer cette surmortalité^{4,5}.

La prise en charge des AVC ischémiques s'est modifiée au cours des dernières décennies avec la création d'unités neurovasculaires (UNV) et l'accès à de nouvelles thérapeutiques comme la thrombolyse intraveineuse ou la thrombectomie mécanique.

Même si l'âge reste un facteur péjoratif, il ne doit pas être un frein à la thrombolyse puisque celle-ci améliore le devenir des patients de plus de 80 ans ayant fait un AVC ischémique⁶.

Quelles sont les particularités d'une filière de soins post-AVC ?

Chaque filière doit intégrer une unité de neurovasculaire et des structures de court séjour, de soins de suite, de longue durée, médicosociales et de soins ambulatoires nécessaires à la prise en charge des patients.

Une UNV est une unité spécialisée dans la prise en charge urgente des AVC avec un niveau de preuve très élevé permettant une réduction de la dépendance, de la mortalité et du nombre d'institutionnalisation⁷. Composée d'un personnel pluridisciplinaire formé à l'AVC, elle permet de débiter les traitements spécifiques à la phase très aiguë mais également de réaliser le bilan étiologique, la prévention secondaire, l'orientation en rééducation et l'organisation du suivi.

Les soins de suite et de réadaptation (SSR) permettent d'optimiser la récupération du patient en termes de déficiences et de favoriser son amélioration fonctionnelle. Ces structures contribuent à une fluidité de sortie des services d'hospitalisation

aiguë des patients âgés victimes d'AVC (depuis les secteurs de courts séjours de neurologie ou de gériatrie). Selon leurs équipements matériels et techniques, et les compétences de leurs professionnels, les SSR sont autorisés et classés avec la mention d'une spécificité de fonctionnement :

- SSR spécialisés (SSR neurologiques, SSR de l'appareil locomoteur, SSR pour personne âgée poly pathologique [PAP], etc.) ; les SSR PAP représentent 32 % de l'offre de ces structures ;
- SSR polyvalents.

Dans le cadre du parcours de soins de la personne âgée victime d'AVC, les SSR PAP ou polyvalents sont les plus souvent sollicités, ainsi que, dans une moindre mesure, ceux spécialisés dans les affections neurologiques⁸. Sous l'impulsion de certaines Agences Régionales de Santé (ARS), des filières spécifiques pour la pathologie neurovasculaire du sujet âgé sont créées, comprenant des SSR.

Quel intérêt de la filière de soins spécialisée chez les personnes âgées ?

La notion de fragilité est importante en gériatrie, majorant le risque de décompensation fonctionnelle en présence de facteurs de stress.

La prise en charge de l'AVC en secteur spécialisé gériatrique permet de prévenir les complications (infection, épilepsie, maladie thromboembolique, dépression, dénutrition et escarre, troubles de la déglutition...) particulièrement fréquentes chez la personne âgée. Ces complications peuvent diminuer les capacités de récupération du patient et retarder sa rééducation mais également engendrer une décompensation aiguë, majorer la perte d'autonomie et la mortalité. Il est donc essentiel de repérer les sujets « fragiles » et de mettre en place des préventions adaptées et spécifiques. La prévention de la chute, complication fréquente et redoutable après un AVC^{9, 10}, est primordiale d'autant plus chez les sujets âgés à risque majeur de syndrome post-chute et risque fracturaire. Les troubles psychoaffectifs et neurocognitifs doivent être recherchés et pris en charge de façon spécialisée pour diminuer leur impact négatif sur le pronostic fonctionnel. L'expertise gériatrique porte donc tout son intérêt dans le repérage de la fragilité, la prise en charge des comorbidités et des complications pouvant aggraver la dépendance des sujets âgés.

Selon les études, les patients les plus âgés ont une moindre admission en UNV puis en SSR spécialisés dans les affections neurologiques en comparaison aux patients plus jeunes^{11, 12}. Cependant, les bénéfices d'une hospitalisation en UNV à la phase aiguë, en termes de réduction de la mortalité, de la dépendance et d'institutionnalisation sont indépendants de l'âge du patient⁷. La prise en charge coordonnée des soins neurovasculaires est bénéfique quelle que soit la classe d'âge¹³. L'admission dans un SSR neuro-locomoteur et le passage en UNV sont des facteurs indépendants d'amélioration du score physique dans toutes les classes d'âge et du score cognitif jusqu'à 84 ans¹¹.

L'âge ne doit donc pas être un facteur limitant l'accès à une prise en charge en filière neurovasculaire spécialisée que ce soit à la phase aiguë en UNV comme en SSR neurologiques pour la rééducation. En effet, la prise en charge rééducative hospitalière multidisciplinaire a un effet bénéfique sur le devenir fonctionnel à la phase subaiguë d'un AVC ; néanmoins, son intensité et sa précocité sont mal codifiées^{14, 15}.

C'est ce constat qui a poussé la création d'une filière neurovasculaire de la personne âgée aux Hospices Civils de Lyon en 2003.



En constante évolution depuis, la filière comporte actuellement 14 lits de court séjour et 26 lits de SSR neurogériatriques au sein d'un hôpital gériatrique. Y sont accueillis des sujets âgés de plus de 65 ans ayant fait un AVC, après une prise en charge initiale dans une UNV, un service de court séjour ou des urgences. Une communication privilégiée avec l'équipe médicale de l'UNV de l'hôpital neurologique de Lyon ainsi que la proximité géographique de soins aigus et de rééducation ont permis une diminution des freins à la filière post-AVC gériatrique de la métropole Lyonnaise en améliorant sa fluidité. Cette unité répond parfaitement au profil du patient âgé plus à risque de complications aiguës et nécessitant une triple expertise : gériatrique, neurologique et de rééducation. L'objectif de ce service est d'associer des soins spécifiques post-AVC avec une prise en charge globale de la personne âgée. La rééducation est ainsi débutée de façon précoce et adaptée dès le court séjour puis poursuivie et intensifiée en SSR avec un continuum des acteurs médicaux, paramédicaux et des rééducateurs.

Depuis 2015, le service propose un suivi multidisciplinaire ambulatoire pour les patients rentrés au domicile au travers de consultations ou d'hospitalisation de jour SSR organisées à 6-12 et 24 mois de la sortie du service. La consultation post-AVC permet une évaluation médicale, d'assurer une prévention secondaire mais également de réaliser une évaluation du handicap moteur, fonctionnel, psychologique et cognitif, de l'environnement du patient et des aidants. L'hospitalisation de jour permet en sus la réalisation d'un bilan global du patient âgé avec l'intervention des rééducateurs (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste) afin de s'assurer que toutes les aides humaines et techniques sont optimales au domicile.

Quels projets peut-on proposer en aval de l'hospitalisation ?

Selon les séries, le taux d'institutionnalisation après un AVC varie entre 10 et 20 %^{16, 17}.

Depuis 2018, L'Unité Neurovasculaire de la Personne Âgée (UNV-PA) de l'Hôpital des Charpennes, est missionnée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) via le Fonds d'Intervention Régional (FIR) pour développer une cellule de formation (C.A.P.E 69 : Cellule AVC Formation Pour les EHPAD du Rhône). L'objectif principal de ce projet est l'optimisation et la fluidification de la filière AVC pour les personnes âgées en soutenant les personnels travaillant en aval des structures sanitaires, à savoir les EHPAD. Cette cellule est composée d'un gériatre, d'une infirmière et d'une ergothérapeute.

Ainsi, cette cellule permet de :

- Renforcer la collaboration entre l'EHPAD et l'UNV, cette dernière pouvant reprendre le patient pour une pathologie aiguë après concertation ;
- Améliorer et optimiser la prise en charge des patients âgés présentant un AVC ;
- Etudier pour les cas les plus complexes, la mise en place d'un Protocole Personnalisé de Soins (PPS) précisant le rôle des différents intervenants dans le parcours de soins ;
- Elaborer une prise en charge adaptée, individualisée et de qualité ;
- Développer des formations sur les intrications entre AVC et vieillissement ;
- Mettre en place un partenariat ressource (appui à la prise en charge) à la disposition des professionnels et des patients sous forme de conseils d'accompagnement.

Les patients suivis par la C.A.P.E 69, le sont en accord avec le patient et sa famille, le médecin traitant et le médecin coordinateur de l'EHPAD. Ils sont suivis à la même fréquence que les patients suivis en consultation à 6, 12 et 24 mois. Certains d'entre eux sont vus à des fréquences différentes en fonction des besoins de l'équipe de l'EHPAD.



Les problématiques multiples pour lesquelles nous sommes sollicités sont :

- Problèmes d'installation du patient (63 %) ;
- Douleurs (49 %) ;
- Thymie (46 %) ;
- Troubles de déglutition (41 %) ;
- Troubles neurologiques sensitivomoteurs (35 %) ;
- Cutanés (22 %) ;
- Symptômes psychiques et comportementaux de la démence (20 %).

La C.A.P.E. 69 assure des formations au sein des EHPAD en organisant des journées dédiées (2 par an) sur le site hospitalier ressource. Elle va également participer au développement d'une unité de 7 lits, dédiés à l'AVC au sein d'un EHPAD du département du Rhône.

Conclusion et perspectives

La prise en charge en unité neurovasculaire améliore significativement le pronostic vital et fonctionnel du patient âgé victime d'un AVC. La filière de soins post-AVC de la personne âgée permet une prise en charge optimale en associant expertise neurovasculaire et gériatrique et fluidifie le parcours de soins. Le développement de filières de soins post-AVC de la personne âgée est un enjeu afin d'améliorer leur accès à des soins spécifiques à la phase très aiguë.

Références

1. Feigin, V. L., Lawes, C. M., Bennett, D. A. & Anderson, C. S. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. *Lancet Neurol.* 2, 43–53 (2003).
2. Chen, R.-L., Balami, J. S., Esiri, M. M., Chen, L.-K. & Buchan, A. M. Ischemic stroke in the elderly: an overview of evidence. *Nat. Rev. Neurol.* 6, 256–265 (2010).
3. Yger, M. & Crozier, S. Accidents vasculaires cérébraux chez le sujet âgé. *NPG Neurol. - Psychiatr. - Gériatrie* 14, 88–92 (2014).
4. Kammersgaard, L. P. *et al.* Short- and long-term prognosis for very old stroke patients. The Copenhagen Stroke Study. *Age Ageing* 33, 149–154 (2004).
5. Steger, C. *et al.* Stroke patients with atrial fibrillation have a worse prognosis than patients without: data from the Austrian Stroke registry. *Eur. Heart J.* 25, 1734–1740 (2004).
6. Mishra, N. K. *et al.* Thrombolysis in very elderly people: controlled comparison of SITS International Stroke Thrombolysis Registry and Virtual International Stroke Trials Archive. *BMJ* 341, c6046 (2010).
7. Langhorne, P., Ramachandra, S. & Collaboration, S. U. T. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. *Cochrane Database Syst. Rev.* (2020) doi:10.1002/14651858.CD000197.pub4.
8. Castex, A. & Comte, M. AVC, rééducation en soins de suite et de réadaptation. *Wwwem-Premiumcomdatarevues12686034v24i138S1268603419300982* (2019).
9. Pérennou, D. *et al.* Incidence, circonstances et conséquences des chutes chez les patients en rééducation après un premier accident vasculaire cérébral. *Ann. Réadapt. Médecine Phys.* 48, 138–145 (2005).
10. Roth, E. J. *et al.* Incidence of and Risk Factors for Medical Complications During Stroke Rehabilitation. *Stroke* 32, 523–529 (2001).
11. Gabet, A., de Peretti, C., Lecoffre, C. & Olié, V. Évolution des admissions en soins de suite et de réadaptation (SSR) après une hospitalisation pour accident vasculaire cérébral, France, 2010–2014. *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique* 65, S33 (2017).
12. Lecoffre, C. L'accident vasculaire cérébral en France : patients hospitalisés pour AVC en 2014 et évolutions 2008–2014. 11.
13. Saposnik, G. *et al.* Do All Age Groups Benefit From Organized Inpatient Stroke Care? *Stroke* 40, 3321–3327 (2009).
14. Schnitzler, A. Impact de la rééducation à la phase subaiguë d'un accident vasculaire cérébral en France en 2016. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral/impact-de-la-reeducation-a-la-phase-subaigue-d-un-accident-vasculaire-cerebral-en-france-en-2016>.
15. Langhorne, P. & Duncan, P. Does the Organization of Postacute Stroke Care Really Matter? *Stroke* 32, 268–274 (2001).
16. Clery, A. *et al.* Long-Term Trends in Stroke Survivors Discharged to Care Homes. *Stroke* 51, 179–185 (2020).
17. Portelli, R., Lowe, D., Irwin, P., Pearson, M. & Rudd, A. Institutionalization after stroke. *Clin. Rehabil.* 19, 97–108 (2005).

Dr Marie BRETON
Praticien Hospitalier

Unité NeuroVasculaire de la personne âgée - Hôpital des Charpennes,
Institut du Vieillissement - Hospices Civils de Lyon
marie.breton@chu-lyon.fr
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE EN SSR GÉRIATRIQUE

Samuel est Masseur-Kinésithérapeute en service de Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique et a accepté de répondre à nos questions.

Bonjour, pourrais-tu te présenter en quelques mots et nous parler de ton parcours ?

Je suis masseur-kinésithérapeute diplômé de l'Institut de Formation aux métiers de la Rééducation de Limoges depuis 2019. Il s'agit d'une formation de 5 ans (1 année de PACES + 4 ans en Institut de formation en kinésithérapie). Au cours de celle-ci, différents champs d'activités sont appréhendés que ce soit par des modules théoriques, pratiques mais également aux travers des différents stages.

La formation est dispensée par des médecins, kinésithérapeutes, enseignants-chercheurs, psychologues...

Après l'obtention de mon diplôme, j'ai souhaité orienter mon activité en secteur public dans un service gériatrique. J'ai exercé dans deux structures, l'hôpital Vaugirard à Paris puis l'hôpital Corentin Celton à Issy-les-Moulineaux au sein de services d'Unité Gériatrique Aiguë (UGA) puis de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

Pourquoi exerces-tu en SSR gériatrique ? Est-ce par choix ?

Oui, c'est un vrai choix !

L'exercice de la masso-kinésithérapie en SSR gériatrique me permet d'avoir une pratique très généraliste, de nombreux champs d'activités y sont rencontrés (orthopédique, cardio-respiratoire, neurologique...) tout en gardant un aspect spécialiste de la personne âgée. En sortant du diplôme, je ne souhaitais pas m'orienter vers une pratique qui allait restreindre mon champ d'activité à une seule spécialité, la gériatrie permet cela.

De plus, le contexte polyopathologique des patients en SSR gériatrique est un défi en rééducation, les cas cliniques sont tous différents et souvent complexes... Cela m'oblige à effectuer un bilan précis et mettre en place un plan de rééducation qui va considérer l'ensemble des déficiences récentes ou anciennes de mon patient.

On a tendance à considérer la personne âgée comme une personne fragile que l'on ne peut pas faire beaucoup travailler en rééducation, c'est faux ! Certains de mes patients bénéficient de 1h30 à 2h de séances par jour : c'est autant que beaucoup de sportifs de haut niveau. Il faut adapter la charge de travail dans les séances et/ou fractionner les séances dans la journée et respecter plus de temps de repos.

Au quotidien, à quoi ressemble ton activité ?

Au quotidien, l'aspect principal reste bien sûr les patients et leurs rééducations. La priorité absolue en tant que kinésithérapeute en Gériatrie est de lutter contre les troubles liés au décubitus. En fonction de notre bilan diagnostique masso-kinésithérapique et des déficiences observées, nous définissons en collaboration avec le patient et l'ensemble des autres acteurs du service un plan de rééducation. Ce plan est bien sûr évolutif en fonction de différents paramètres qui peuvent être : l'évolution de l'état de santé du patient, les progrès ou non observés, ainsi que la situation sociale du patient.

La rééducation vise à rendre le maximum d'indépendance fonctionnelle au patient. Pour cela, nous passons par différentes étapes qui peuvent être des

verticalisations, travail de la marche avec ou sans aides techniques, travail de composantes respiratoires ou cardiaques, réhabilitation neurologique centrale, troubles musculosquelettiques en lien ou non avec un contexte de chute...

Nous réalisons des prises en charge individuelles en chambre ou sur plateau technique, mais aussi des prises en charge collectives. Ces dernières permettent d'instaurer une dynamique sociale favorable à la motivation mais aussi de recréer du lien et lutter contre l'isolement pendant l'hospitalisation.

Les échanges sont nombreux que ce soit avec :

- L'équipe médicale qui prescrit nos interventions et qui attend un retour régulier des progrès observés afin de planifier dans les meilleures conditions la suite de l'hospitalisation ;
- Les équipes soignantes qui sont un relais essentiel au bon déroulé de la rééducation de nos patients car ils sont au contact nuits et jours avec eux et permettent de réinvestir les progrès acquis en rééducation dans les actions de la vie hospitalière et quotidienne ;
- L'ensemble des rééducateurs du service pour une bonne coordination de nos activités ainsi qu'une optimisation de nos actes dans le cadre d'une prise en charge interdisciplinaire.

La Gériatrie est un champ d'activité où beaucoup d'intervenants ont un rôle essentiel/crucial à jouer il est donc primordial d'aller au contact de ceux-ci pour une bonne pratique.

Peux-tu nous décrire en quoi consiste une séance de kinésithérapie plus en détail ?

Tout d'abord, nous agissons sous prescription médicale. Il n'est pas nécessaire d'y faire figurer le nombre de séances ou encore le contenu de ces séances. En effet, depuis le décret n°2008-1135 du 3 novembre 2008 du Code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes, « le masseur kinésithérapeute est libre de ses actes » (article R. 4321-59 du Code de la Santé Publique). Ainsi, lorsqu'un patient m'est prescrit, je vais à la rencontre de celui-ci, souvent dans sa chambre dans un premier temps, pour réaliser un bilan. Celui-ci est composé :

- D'un interrogatoire (qui peut être plus ou moins facile/pertinent en fonction notamment de l'état cognitif du patient) ;
- D'une observation morpho-statique et/ou morpho-dynamique du patient ;
- D'une évaluation de sa ou ses douleurs (il faut ici éliminer certains « drapeaux rouges » comme par exemple le risque thrombo-embolique) ;

- D'une évaluation cutanée, trophique et vasculaire ;
- D'une évaluation de ses amplitudes articulaires (elle se réalise de manière passive pour le patient afin d'observer uniquement les secteurs d'amplitudes articulaires et de ne pas être limité par d'éventuelles faiblesses musculaires) ;
- D'une évaluation des fonctions musculaires, il s'agit d'une évaluation comparative au côté sain ;
- Et enfin, les capacités fonctionnelles du patient (ses transferts couché-assis, assis-debout, sa marche, son indépendance fonctionnelle dans les gestes de la vie quotidienne...).

A la fin de mon bilan, un certain nombre de déficiences est observé. Et c'est en fonction de celles-ci ainsi que du projet fonctionnel négocié avec le patient et l'équipe que je vais établir mon plan de rééducation.

Les séances de rééducation vont chercher à diminuer la douleur au travers de différentes techniques (physiothérapie, massage mais surtout le mouvement), accompagner la « bonne » cicatrisation, contribuer à la diminution d'un œdème, redonner lorsque cela est possible des amplitudes articulaires normales ou à défaut fonctionnelles. Bien souvent, il faut aussi redonner de la force à nos patients, ils sont nombreux (en raison d'une sédentarité, de l'âge ou encore d'un alitement prolongé) à présenter une amyotrophie importante. Il faut donc renforcer les muscles dans une composante fonctionnelle (*exemple : les membres inférieurs travaillent en chaîne cinétique fermée il est donc préférable de les faire travailler ainsi*) tout en ayant pour objectif l'endurance musculaire.

Ces exercices peuvent s'inscrire dans des activités fonctionnelles telle que la marche sur terrain plat, la montée d'escalier, un parcours de marche avec obstacles... En effet, la motivation des patients est plus importante dans des activités dites « écologiques » c'est-à-dire de la vie quotidienne.

Enfin, avec l'ensemble des rééducateurs, nous proposons aux patients des ateliers de prévention du risque de chute en abordant les techniques de relevé du sol, comment alerter en cas de chute, adapter son environnement pour diminuer les risques...

Tout cela n'est qu'à titre d'exemple et ne constitue évidemment qu'une partie de mon activité, bilan ou rééducation. Il est évident que pour une personne présentant un trouble neurologique central ou encore une BPCO la prise en charge sera différente.



Et tes patients, comment te perçoivent-ils ?

Nous avons beaucoup de chance parce que nous avons « le beau rôle » en kinésithérapie. Nous permettons au patient de regagner en indépendance, ce qui est un sentiment très positif pour lui. C'est un des rares moments pendant une hospitalisation où le patient va sentir qu'il a une action concrète sur sa récupération et sur son devenir. Bien sûr, il existe des relations parfois plus complexes en fonction, par exemple, de l'état psychologique du patient (dépression, ...). La kinésithérapie nécessite une participation active du patient, la motivation doit donc

être au rendez-vous, mais nous avons la plupart du temps de bons retours de la part de nos patients ce qui est moteur dans notre activité quotidienne.

La dimension humaine en Gériatrie est très importante. On ne s'oriente pas vers cette discipline si l'on n'aime pas prendre du temps pour rassurer et accompagner nos patients. Les séances de kinésithérapie sont des moments privilégiés pour les personnes âgées pour échanger. Pour certains de nos patients qui sont isolés socialement, nos séances sont un vrai bol d'oxygène.

Samuel BORD

Masseur-kinésithérapeute

Service SSR gériatrique, Hôpital Corentin Celton, APHP

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

HYPERTONIES DÉFORMANTES ACQUISES DE LA PERSONNE ÂGÉE

Définition

Les **Hypertonies Déformantes Acquisées** (HDA) sont définies comme : toute déformation articulaire, avec réduction d'amplitude et augmentation de la résistance à la mobilisation passive, quelle qu'en soit la cause, à l'origine d'une gêne fonctionnelle, d'un inconfort et de toute autre limitation dans les activités de la vie quotidienne (1).

Physiopathologie

La physiopathologie est fréquemment de mécanisme mixte (2).

D'une part **neurogène, pyramidale** (séquelles d'AVC, myélopathie cervicoarthrosique...) ou **extrapyramidale** (maladie de Parkinson...). Il coexiste fréquemment une composante **comportementale** ou **oppositionnelle**, fréquente dans les troubles cognitifs majeurs tels que la démence fronto-temporale ou la maladie d'Alzheimer.

D'autre part **non neurogène** : L'immobilisation seule peut induire l'HDA. Les modifications observées sont :

- **Articulaires** : Avec une dégénérescence du cartilage et de la capsule articulaire et une augmentation des cellules et des médiateurs pro-inflammatoires et pro-fibrotiques au niveau de la capsule articulaire.
- **Péri-articulaire** : Avec une modification des fibres de collagène avec augmentation de la proportion de fibres de type 1 entraînant une désorganisation structurale ainsi que la création de ponts entre les fibres les rendant cassantes et limitant leur élasticité.
- **Musculaire** : Avec un raccourcissement des sarcomères.

Épidémiologie

Dans son étude concernant 39 institutions gériatriques (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et Unité de Soins de Longue Durée (USLD)), soit 3145 patients, Dehail et al. retrouvent une prévalence de 22 % d'HDA (1).

De plus, parmi ces 22 %, environ un quart des résidents (24,6 %) présentait plus de 5 HDA alors que seulement 14,2 % ne présentaient qu'une HDA. Les résidents présentaient en moyenne 4 HDA. Il n'y avait pas de différence de prévalence d'HDA en EHPAD ou en USLD.

Facteurs favorisants

Le *primum movens* de l'HDA est la **RESTRICTION DE MOBILITÉ**.

Les causes des restrictions de mobilité sont multiples dans cette population âgée avec comorbidités :

- Affections neuro-orthopédiques avec paralysie +/- hypertonie (Maladies neurodégénératives, AVC, atteintes extrapyramidales). Chez la personne âgée, l'hypertonie est souvent mixte avec une hypertonie pyramidale, extrapyramidale et également oppositionnelle.
- Iatrogène (fréquente). Exemple : Les psychotropes favorisant la restriction de mobilité peuvent avoir un rôle sur l'HDA.
- L'appauvrissement fonctionnel observé dans la prise en charge des personnes âgées (personnel limité ne permettant pas une mobilisation pluriquotidienne de toutes les personnes âgées institutionnalisées).
- Les facteurs environnementaux sont primordiaux dans l'apparition de l'HDA. Il s'agit de **NE PAS FAIRE À LA PLACE de la personne âgée** y compris pour des gestes simples comme se laver les dents, manger seul, marcher.

Retentissement

L'HDA entraîne un fort retentissement sur les activités de la vie quotidienne. Les plus fréquemment retrouvées sont : les douleurs (spontanées ou lors des soins), les plaies et mycoses et les **difficultés à la marche**. Ces conséquences entraînent une diminution de l'autonomie restante (3).

On peut observer également un **déclin cognitif** en lien avec l'HDA en rapport avec la perte des capacités gestuelles procédurales liées aux rétractions ainsi que la perte de communication liée à la douleur (4, 5).

Par ailleurs, plus le nombre d'HDA augmente chez un même patient, plus les soins d'hygiène, de nursing, d'habillage et d'installation mettent les équipes soignantes en difficulté. On note, de ce fait, un surcoût de prise en charge de l'HDA.

La prévention : Toujours !!

Des modèles de restauration fonctionnelle, pour « aider à faire » ont été décrits (6). Tous les acteurs doivent jouer un rôle dans le maintien des activités. Cette activité peut s'intégrer dans un projet d'établissement avec des stands d'exercice dans toute la résidence (en mettant par exemple des parcours de marche à différents endroits de la résidence, en désignant un référent responsable des activités physiques, etc.). Il est important de structurer ce projet dans un cadre de management général.

Cette prise en charge globale avec implication de tous les acteurs est une **philosophie de soin**, ce n'est **pas un surcoût supplémentaire**. Il est primordial d'impliquer tous les soignants mais aussi les familles qui sont demandeuses et qui très souvent, participent de manière intuitive.

Les *mobilisations* peuvent être réalisées lors des séances de rééducation mais également en dehors avec un apprentissage d'autoexercices, mobilisations lors des changes ou des transferts. Chaque petite quantité de temps investie pour les mobilisations se transformera en un gain de temps important pour la toilette, l'habillage, l'installation, etc.

Une *installation* au fauteuil ou au lit bien réalisée permettra de compléter les mobilisations.

La *physiothérapie* telle que glaçage, vibration n'a d'efficacité que si elle est intégrée à un programme de restauration fonctionnelle global.

Les *orthèses de postures* ne sont pas recommandées si elles sont portées de manière isolée du fait du risque d'opposition supplémentaire, de lésion cutanée. Elles peuvent être mises en place dans le cadre d'un programme de rééducation bien défini.

Modalités de suivi

L'échelle de GAS (Goal Attainment Scaling) est une échelle personnalisée permettant de définir des objectifs de prise en charge et d'en suivre l'efficacité. Cette échelle, est tout à fait adaptée à la prise en charge de l'HDA car elle permet d'avoir un même langage entre le médecin de MPR, le médecin gériatre, l'équipe de soins, le patient et sa famille.

Elle favorise fortement la participation du personnel soignant à travers la communication des objectifs. De plus, c'est un outil très utile pour fixer et suivre les objectifs dans le temps.

Lors de l'évaluation initiale, on définit un ou plusieurs objectifs. Le score initial est généralement de -1 car une détérioration est considérée comme possible après traitement.

A chaque consultation de suivi, on évalue si on a atteint les objectifs. Le score 0 est le niveau le plus probable pouvant être atteint si le patient reçoit le traitement prévu. L'objectif est d'avoir un maximum de patients à 0. De nouveaux objectifs peuvent être définis à chaque consultation.

Tous les acteurs autour du patient doivent être impliqués : rééducateurs, soignants, le patient lui-même et sa famille.

-2	-1	0	1	2
Beaucoup moins	Un peu moins	Résultat attendu	Un peu plus	Beaucoup plus

Exemple 1	Exemple 2
	
<p>Objectif n°1 : Faciliter les soins d'hygiène et la mise de protection</p> <p>Objectif n°2 : Faciliter l'installation au fauteuil</p>	<p>Objectif n°1 : Guérison de l'escarre</p> <p>Objectif n°2 : Diminution de la douleur lors de la toilette de la main</p> <p>Objectif n°3 : Diminution du temps nécessaire pour faire la toilette de la main (laver et sécher correctement)</p>

Stratégies thérapeutiques

La filière de soins de l'HDA est en plein développement et des stratégies thérapeutiques spécifiques adaptées à chaque patient sont possibles. Des réseaux de prise en charge multidisciplinaire avec une formation des médecins doivent être développés afin de faciliter la prise en charge des patients atteints d'HDA. A titre d'exemple, un réseau de soins coordonné gériatrie/MPR a été développé au centre médico-chirurgical des Massues (Lyon 5^{ème}) afin de prendre en charge des patients présentant des HDA.

La prise en charge doit débuter le plus tôt possible pour éviter que ne s'installe la douleur et les rétractions.

Il existe de nombreux traitements permettant de prendre en charge les déformations : chirurgie, kinésithérapie, aides techniques, appareillage, toxine botulinique, phénolisation, médicaments.

Ces différents traitements peuvent être associés :

Injections de toxine botulinique (7)

Il s'agit d'injecter en intramusculaire de la toxine botulinique sur des muscles sélectionnés permettant de réaliser un équivalent de neurectomie chimique en bloquant la transmission de l'information au niveau de la jonction neuromusculaire. L'injection peut se faire sous guidage électromyographique ou par repérage échographique. Son efficacité est d'environ 3 à 4 mois. Son effet est réversible. L'injection peut se faire sous anti-agrégants plaquettaires. Il n'y a pas d'effet secondaire surajouté chez la personne âgée (8).

Phénolisation

Elle agit comme une **neurolyse chimique**. Elle n'est réalisée que sur des nerfs à composante uniquement motrice. Elle peut être réalisée en 1^{ère} intention. Il n'y a pas de recommandations officielles dans l'HDA.

Neurotomie partielle

C'est une intervention chirurgicale consistant en une section d'une partie des fibres nerveuses motrices, permettant de supprimer l'hypertonie. Ce geste est réalisé en 2^{ème} ou 3^{ème} intention.

Références

- Dehail P, Simon O, Godard AL, Faucher N, Coulomb Y, Schnitzler A, Denormandie P, Jeandel C, Acquired deforming hypertonia and contractures in elderly subjects: definition and prevalence in geriatric institutions, *Ann Phys Rehabil Med*, 2014 Feb, 57(1):11-23.
- Dehail P, Gaudreault N, Zhou H, Cressot V, Martineau A, Kirouac-Laplante J, Trudel G, Joint contractures and acquired deforming hypertonia in older people: Which determinants?, *Ann Phys Rehabil Med*, 2019 Nov, 62(6):435-441.
- Bergström G, Aniansson A, Bjelle A, Grimby G, Lundgren-Lindquist B, Svanborg A, Functional consequences of joint impairment at age 79, *Scand J Rehabil Med*, 1985, 17(4):183-90.
- Resnick B. Public Health promotion practices of the older adult. *Health Nurs*. 2000 May-Jun;17(3):160-8.
- Selikson S, Damus K, Hamerman DJ, Risk factors associated with immobility, *Am Geriatr Soc*, 1988 Aug;36(8):707-12.
- Resnick B, Galik E, Boltz MJ, Function focused care approaches: literature review of progress and future possibilities, *Am Med Dir Assoc*, 2013 May, 14(5):313-8.
- Yelnik A, Simon O, Uzzan M, Dumarcet N, Bensmail D, Chaleat-Valayer E, 2009, Traitements médicamenteux de la spasticité - Recommandations de bonnes pratiques, AFSSAPS.
- Chol C, Blanchon MA, Le Quang B, Celarier T, Gonthier R, Botulinum toxin in the elderly to the care of limbs spastic hypertonia and toes or fingers dystonias, *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2012 Mar;10(1):17-26.
- Schnitzler A, Diebold A, Parratte B, Tliba L, Genêt F, Denormandie P, An alternative treatment for contractures of the elderly institutionalized persons: Microinvasive percutaneous needle tenotomy of the finger flexors, *Ann Phys Rehabil Med*. 2016 Apr;59(2):83-6.

Traitements antispastiques (ex : baclofène)

Ils sont peu utilisés chez la personne âgée du fait de l'efficacité médiocre et de la mauvaise tolérance.

Ténotomie avec section complète, allongement tendineux ou allongement chirurgical

La ténotomie simple percutanée à l'aiguille peut être réalisée sous anesthésie locale au lit du malade, en hôpital de jour pour les tendons facilement accessibles (9). Elle corrige la déformation liée à la rétraction du muscle. Elle est définitive et n'est réalisée que lorsque le bilan a montré que le membre n'était pas fonctionnel. Une immobilisation est réalisée le temps de la cicatrisation cutanée.

Cas particulier de la MAIN FERMÉE

Les mains fermées, macérantes sont souvent très douloureuses. Pour agir sur la composante cutanée de la douleur, un **protocole à la Lidocaïne** a été mis en place par l'équipe de centre de rééducation fonctionnelle de Garches : il s'agit de réaliser une **imprégnation de la paume par de la Lidocaïne** par un spray ou une compresse imbibée plusieurs fois par jour.

Consentement

Chez ces personnes âgées souvent très dépendantes avec des troubles cognitifs, la question du consentement est centrale. Dans le cas où une mesure de protection juridique est en place, il est nécessaire d'avoir l'accord du tuteur pour réaliser un geste de toxine et même parfois du juge dans le cadre d'une ténotomie qui vient toucher à l'intégrité physique de la personne.

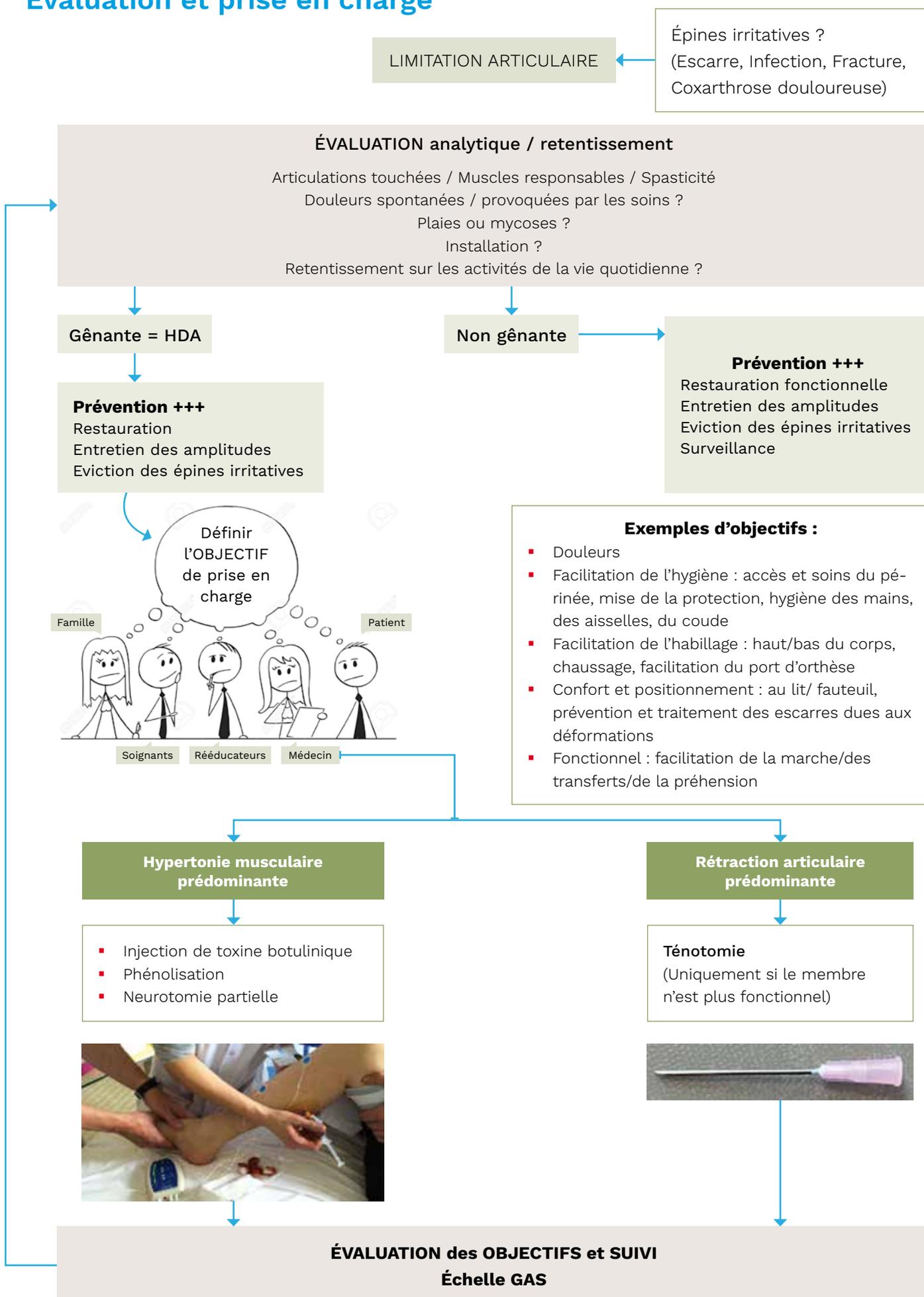
Docteur Carole CHEINEY

Médecine Physique et de Réadaptation

Centre Médico-Chirurgical de Réadaptation des Massues - Lyon

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Évaluation et prise en charge



WEBINAIRE AJG-AJMER

Nous vous proposons, pour ceux qui n'ont pu y assister, un retour sur le Webinaire du 23 juin co-organisé avec l'AJMER (Association des Jeunes en Médecine Physique et de Réadaptation) et intitulé « trois moments clés du parcours de santé de la personne âgée ». Le replay est disponible dans votre espace adhérent ou sur le site <https://www.youtube.com/watch?v=LYxSZuByiyU>

PREMIÈRE PARTIE : La préhabilitation par Louise ANDRÉ, interne DES Gériatrie (Lyon)

La personne âgée qui doit subir une intervention médicale et/ou chirurgicale complexe est à haut risque de dégradation fonctionnelle. Malgré plusieurs protocoles pour commencer la réhabilitation le plus précocement possible après cette intervention, le seuil de dépendance est souvent atteint. La préhabilitation, en augmentant les performances du sujet AVANT un acte médical ou chirurgical, vise à éviter que ce seuil ne soit franchi. Or les modalités de cette préhabilitation sont mal établies. Quel contexte ? Quels types d'exercices ? Quelle durée ? Quelle supervision ? Quelle adhésion des patients ?

Louise a mené une revue des revues de la littérature (une umbrella review) abordant ce sujet pour les patients de plus de 18 ans allant subir une intervention médicale et/ou chirurgicale complexe puis a présenté un focus sur la préhabilitation en gériatrie.

Sur les 63 revues sélectionnées, la moitié concernait des prises en charges oncologiques, l'autre moitié des chirurgies orthopédiques, cardiaques, urologiques. Le programme comprenait des exercices en force (83 %) et en endurance (90 %) avec une durée médiane de 50 minutes par séances, entre 1 et 7 fois par semaine (médiane à 4) pendant 1 à 32 semaines (médiane à 6,6).

L'adhérence moyenne était de 84 %. La supervision était totale (toutes les séances à l'hôpital) dans 4 % des cas, à domicile exclusivement dans 8 % des cas et de façon mixte pour 88 % des programmes.

L'évaluation de la préhabilitation n'était pas standardisée. Certains programmes évaluaient la mortalité (n=8) qui était améliorée dans 50 % des études. D'autres s'intéressaient aux complications post-opératoires, surtout chirurgicales, (n=33) qui diminuaient

de 58 %. La plupart regardait l'amélioration fonctionnelle du patient (n=44) qui était prouvée dans 25 % des revues et la durée d'hospitalisation (n=44) qui diminuait dans 77 % des revues.

Les revues qui s'intéressaient exclusivement aux sujets âgés de plus de 75 ans étaient au nombre de 4 : 2 revues oncologiques, une orthopédique et une avant une chirurgie lourde.

L'intégralité des programmes proposait des exercices en force et en endurance. La durée moyenne des séances étaient de 50 minutes, entre 1 et 7 fois par semaine (médiane à 2,3) pendant 0,7 à 8 semaines (médiane à 5). L'adhérence était de 91 %.

Concernant l'évaluation, 2 revues sur 2 montraient une amélioration de la mortalité, une sur une de la durée d'hospitalisation et une sur une de la qualité de vie. Aucune ne montrait une amélioration fonctionnelle ni d'amélioration des complications post-opératoires (sur 2 revues étudiant ces paramètres).

Pour discuter ces résultats, Louise remarquait que la grande hétérogénéité des programmes s'explique facilement par l'hétérogénéité des problèmes ! Une préhabilitation avant une chirurgie orthopédique ne peut/doit pas être la même qu'avant une chirurgie thoracique ou une radio-chimiothérapie. Le délai peut aussi être différent en fonction de la problématique du patient.

Pour les modalités, il ne semble pas exister de consensus si ce n'est d'associer des exercices en endurance et en force. Les sujets âgés doivent avoir un programme adapté afin d'éviter la fatigabilité chronique et le risque de surentraînement (contre-productif !).

La supervision constante est compliquée avec un risque de fatigue liée aux allers retours à l'hôpital. Un outil connecté pourrait être un moyen d'améliorer l'observance.

Enfin, il ne faut pas négliger les autres volets de la préhabilitation : L'optimisation nutritionnelle, des

fonctions respiratoires, le soutien psychologique, l'accompagnement social, la prise en compte du risque iatrogénique...

C'est pourquoi la préhabilitation constitue un chemin à part entière bien adapté aux deux spécialités que sont la MPR et la gériatrie !



DEUXIÈME PARTIE : Troubles urinaires en gériatrie : de la rétention à l'incontinence par le Dr Rebecca HADDAD, médecin MPR (Paris)

Rebecca a commencé son exposé par la photographie d'une plaie du méat urinaire chez un homme porteur d'une sonde urinaire sur un globe. Ceci ayant pour but de s'attaquer aux poses des sondes à demeure, notamment après une rétention aiguë d'urine afin de s'attaquer aux **mythes de la vessie « claquée » et de l'hématurie « a vacuo »**. Si le second a été scientifiquement dénigré par des essais randomisés en double aveugle, le premier a la « dent dure » et responsable de pose de sonde à demeure pour des patients qui n'en auraient pas besoin !

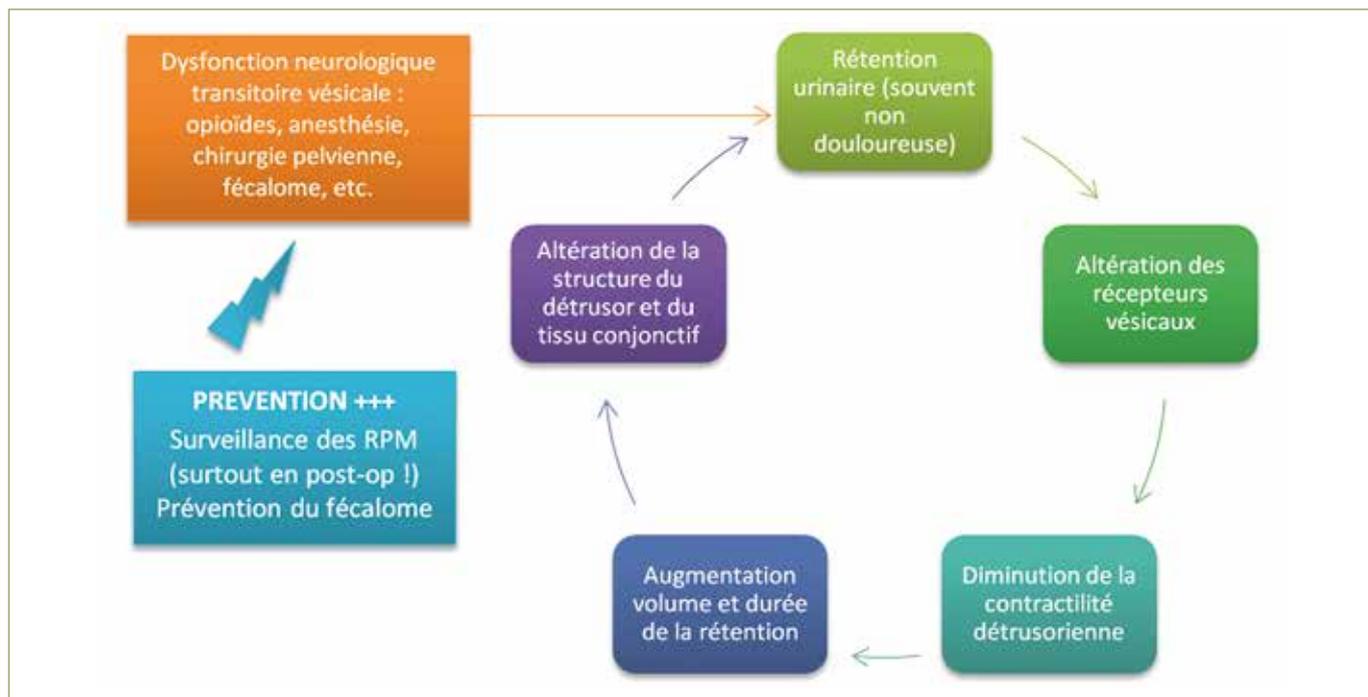
Afin de nous « soutenir » dans l'effondrement de ce mythe, un premier article est présenté (1). Cette étude, sur une population de plus de 6000 hommes ayant présenté une rétention aiguë d'urines (RAU) montre les causes les plus fréquentes : période post-opératoire, mais aussi fécalome, prise d'alcool, médicaments, douleurs anales ne sont pas à négliger.

Le succès de la reprise mictionnelle réside surtout **dans l'ablation de la sonde dans les 3 jours !**

De plus, les conséquences de la sonde sont multiples (2) : lésions traumatiques (de l'urètre, de la vulve), mais aussi plus d'infections urinaires, plus d'immobilisation (et complications de décubitus), plus d'incontinence urinaire, plus d'obstruction de cathéter et une plus longue durée d'hospitalisation... La HAS ne le recommande pas non plus (3), le sondage à demeure étant responsable d'une « dépendance iatrogène » !

Des experts se sont penchés sur les **mécanismes physiopathologiques** de « vessie forcée » (4) mais ces derniers ne sont pas totalement élucidés. Il semblerait que la dysfonction neurologique vésicale temporaire soit expliquée par un **trouble de la sensibilité vésicale** (dysfonction des récepteurs), compliquée d'une **altération musculaire du détrusor** (infiltrat interstitiel dans la lamina propria et le muscle lisse PLUS une altération de l'agencement et de l'interaction des fibrilles de collagène).

Le mécanisme de lésion est probablement lié à un mécanisme d'ischémie/perfusion. Dans ces contextes, la RAU est le commencement d'un cercle vicieux :



Mais pour autant, **la sonde urinaire à demeure n'est pas la solution !**

Il faut privilégier l'utilisation de **sondages intermittents**. Et pour éviter les remarques des équipes paramédicales, il faut **former les infirmier.e.s** et apporter l'information et la formation dans les instituts de soins infirmiers ! (une étude dans l'Indiana à plusieurs millions de dollars \$\$ le prouve, « *It's up to you* » (5) !)

En cas de rétention urinaire malgré le dépistage et la prévention, on privilégie donc les sondages intermittents

ET on pense à la **reprogrammation mictionnelle** (installation du patient sur les toilettes).

On associe à cela la **prise d'alpha-bloquants** (surtout chez l'homme, moins de preuve chez la femme).

En cas d'incontinence urinaire, il faut traquer l'incontinence fécale, fréquemment associée.

L'incontinence prédominante dans le vieillissement est l'hyperactivité vésicale (urgenturie) et la nycturie. La polyopathie et la polymédication empêchent souvent une amélioration de cette incontinence.

Les recommandations françaises (et internationales) préconisent une démarche diagnostique en 4 points :

Éliminer une incontinence urinaire transitoire et réversible	Rechercher les causes = DIAPPERS (protection en anglais) Cf. encadré page suivante*
Évaluation minimale	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique avec toucher rectal • Catalogue mictionnel • Echographie avec mesure du résidu post-mictionnel • ECBU
Rechercher les drapeaux rouges	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique avec toucher rectal • Catalogue mictionnel • Echographie avec mesure du résidu post-mictionnel • ECBU
Orientation étiologique	<ul style="list-style-type: none"> • Selon le type d'incontinence • Bilan uro-dynamique si échec d'une première ligne, en cas de pathologie neurologique

***DIAPPERS :**

Delirium (confusion),

Infection urinaire,

Atrophie vaginale (*proposer des cures d'acide hyaluronique avant les hormones*) ou urétérale,

Pharmaceutique (iatrogénie : *penser aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion en cas de toux + incontinence*),

Psychologique (stress),

Excess (↑ de la diurèse : diurétiques, hydratation IV...),

Réduction de la mobilité (orthopédique, neurologique, écologique / *hôpital incontinence fonctionnelle*),

Stool = fécalome, constipation +++ → *la vessie et le rectum se parle... La vessie va mal tolérer la lutte du rectum pour évacuer des selles. Analyser la constipation (proximale, distale) et la traiter en conséquence !*

En cas d'incontinence urinaire survenant dans le service (chez un patient habituellement continent), il convient donc de traquer l'incontinence fonctionnelle liée à l'hospitalisation elle-même et la réduction de mobilité du patient !

On peut réaliser un **catalogue mictionnel** dont voici un exemple.

 CATALOGUE MICTIONNEL du au SERVICE DU PROFESSEUR ROBAIN Jardin 1 ^{er} Est MPR NEURO									
DATE	HEURE	DEMANDE Patient (P) /Soignant (S)	BESOIN Oui (O) / Non (N)	MICTION Oui (O) / Non (N)	LIEU Wc (W)/Bassin (B)/Protection (P)	VOLUME (En ml)	FUITE Oui (O) / Non (N)	RESIDU (Bladder) (En ml)	Nom du soignant (initiales et fonction)

Cela met souvent en avant une inadéquation entre les besoins des patients et la réalisation de la « vidange vésicale ».

Dans la prise en charge, la **prévention** est donc indispensable ! Il n'y a pas de règles hygiéno-diététiques bien spécifiques en gériatrie. C'est surtout la **rééducation périnéale** et les **stratégies comportementales** qui sont efficaces (proposer une **installation régulière sur les toilettes**, des **mictions programmées toutes les 4 heures** par exemple pour vidanger la vessie, renforcer les capacités motrices du patient pour qu'il se rende seul aux toilettes !). Il est présenté aussi la possibilité d'une **neuromodulation tibiale par voie transcutanée** (TENS), remboursé par la sécurité sociale, en location pour 3 mois et achat possible, avec des séances de 20 minutes par jour. L'efficacité semble la même que les anticholinergiques, sans la iatrogénie (6) !

Car les médicaments de l'incontinence urinaire sont les **anticholinergiques...** Et l'on sait qu'ils sont souvent mal tolérés chez les sujets âgés, notamment sur le plan cognitif, et encore plus en cas de poly-pathologie. Le chlorure de trospium (CERIS®) n'est pas censé passer la barrière hémato-encéphalique ! L'oxybutinine (DITROPAN®) est à proscrire (7) !

Depuis une dizaine d'année, il existe le **mirabegron**, peu utilisé / peu étudié en gériatrie et non remboursé (50€ par mois de traitement environ) !

Enfin, il ne faut pas oublier que des solutions de réadaptation existent et peuvent être choisies par les patients (étui pénien, pince pénienne, collecteurs urinaires...) et que des prises en charge chirurgicales sont parfois possibles et accessibles.

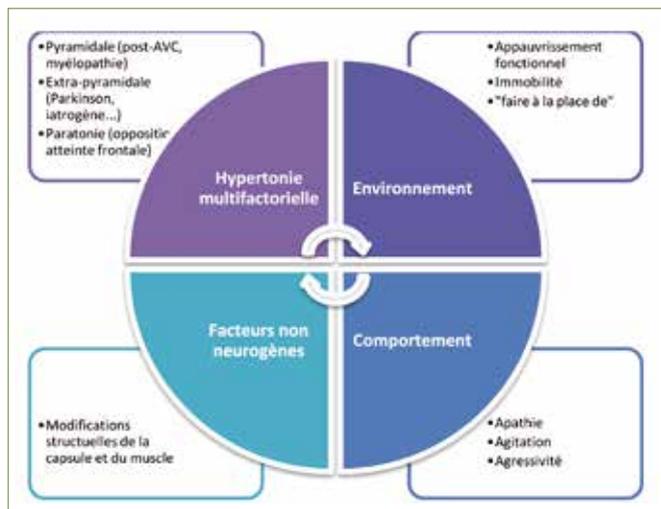
TROISIÈME PARTIE : Prise en charge des hypertonies déformantes acquises par le Dr Etienne OJARDIAS, gériatre et MPR (Saint-Etienne)

Quoi ? L'hypertonie déformante acquise (HDA) n'a pas de définition très consensuelle mais Etienne retient celle du Pr Dehail en 2014 « *Toute déformation articulaire avec réduction d'amplitude et augmentation de la résistance à la mobilisation passive, quelle qu'en soit la cause, et à l'origine d'une gêne fonctionnelle, d'un inconfort ou de toute autre limitation dans les actes de la vie quotidienne.* ».

On estime la prévalence à 22 % dans une étude nationale (8) avec une atteinte prédominante sur les membres inférieures (genou !).

Pourquoi ?

Les étiologies des HDA sont résumées dans ce schéma :



En conclusion, ce webinaire a parfaitement illustré la complémentarité des spécialités et leur ressemblance dans l'évaluation des patients, la création d'un projet de soin personnalisé et d'une stratégie thérapeutique graduée.

Que faire ? Avant tout, il faut **fixer les objectifs** d'une éventuelle prise en charge, en équipe !

Par exemple, une plaie de la main sur une HDA peut avoir comme objectif un traitement de la plaie et non pas une récupération fonctionnelle.

L'arsenal thérapeutique comprend différentes « armes » parmi lesquels : la toxine botulique, la phénolisation, la ténotomie percutanée, les traitements physiques (souvent associés comme la kinésithérapie, l'ergothérapie, la physiothérapie antalgique). Des petits moyens comme les protocoles de lidocaïne peuvent aussi être très utiles. Les médicaments d'action centrale comme le Baclofène (LIORESAL®) ou la Tizanidine (SIRDALUD®) sont souvent d'utilisation délicate chez les sujets âgés et fragiles.

La prise en charge des HDA est reprise dans la fiche pratique réalisée par le Dr Carole CHEINEY dans les pages précédentes.

Où ? Des coopérations nouvelles se créent ! Des unités de soin neuro-gériatriques, des consultations dédiées se mettent en place. Au chevet du malade, la télémédecine permet de changer les prises en charge avec un déplacement des patients uniquement pour la réalisation des gestes d'injection par exemple. L'hospitalisation à domicile pourra peut-être bientôt se doter de la toxine botulique...

Nathalie JOMARD

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

Références

1. Fitzpatrick JM, Desgrandchamps F, Adjali K, et al. Management of acute urinary retention: a worldwide survey of 6074 men with benign prostatic hyperplasia. *BJU Int.* 2012;109(1):88-95.
2. Meddings J, Skolarus TA, Fowler KE, et al. Michigan Appropriate Perioperative (MAP) criteria for urinary catheter use in common general and orthopaedic surgeries: results obtained using the RAND/UCLA Appropriateness Method *BMJ Quality & Safety* 2019;28:56-66.
3. Haute Autorité de santé (HAS) (2017) Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801190/fr/prevenir-la-dependance-iatrogene-liee-a-l-hospitalisation-chez-les-personnes-agees
4. Madersbacher, H. et al. What are the causes and consequences of bladder overdistension?: *ICI-RS* 2011. *NeuroUrol. Urodyn.* 2012, 31, 317-321
5. <https://www.myamericannurse.com/dont-get-caught-in-the-cauti-trap/>
6. Hentzen, C., et al. Efficacy of posterior tibial nerve stimulation (PTNS) on overactive bladder in older adults. *European Geriatric Medicine* 9.2 (2018): 249-253
7. Oelke, Matthias, et al. Appropriateness of oral drugs for long-term treatment of lower urinary tract symptoms in older persons: results of a systematic literature review and international consensus validation process (LUTS-FORTA 2014). *Age and ageing* 44.5 (2015): 745-755.
8. Dehail, P., et al. "Acquired deforming hypertonia and contractures in elderly subjects: definition and prevalence in geriatric institutions (ADH survey)." *Annals of physical and rehabilitation medicine* 57.1 (2014): 11-23.



Voilà l'été !

Jeunes Gériatres,

Ce deuxième trimestre de l'année 2021 aura été joliment rempli pour l'Association des Jeunes Gériatres !

Sollicités, nous avons rédigé une contribution à la mission relative aux USLD et EHPAD menée par les Professeurs Jeandel et Guérin à la demande de Madame Brigitte Bourguignon. Notre texte s'appuyait sur un sondage mené auprès de nos adhérents et des réflexions collectives en conseil d'administration. La remise du rapport de mission à la Ministre a d'ailleurs eu lieu le 1^{er} juillet dernier.

Conscients de la chance que représente la collaboration avec d'autres spécialités et l'acculturation, nous avons ces derniers mois travaillé avec d'autres associations de jeunes praticiens. Avec les jeunes hématologues de l'AIH, nous vous avons proposé en avril un webinaire très riche abordant les syndromes gériatriques en hématologie et les diagnostics hémato-gériatriques. En juin dernier, c'est avec l'AJMER (Association nationales des jeunes médecins en MPR) que nous vous avons offert un webinaire transversal. Vous retrouverez dans ces pages les principaux thèmes développés : la pré-habilitation, la rééducation vésico-sphinctérienne et les hypertonies déformantes acquises. Cette coopération est prolongée par ce numéro spécial de la Gazette, tant nos deux spécialités ont des valeurs communes : la lutte contre la perte d'indépendance fonctionnelle, la prise en soin pluridisciplinaire, la qualité de vie du patient, entre autres. Comme d'habitude, les replays de ces webinaires sont visibles dans votre espace adhérent, sur le site de l'asso.

Après une pause estivale, nous reprendrons les webinaires à la rentrée, notamment avec l'insuffisance cardiaque et l'amylose !

Pause estivale pour les webinaires, certes, mais nous vous proposons, cet été, un nouveau format : les Spaces ! Sur Twitter, nous vous donnons rendez-vous régulièrement pour l'interview d'une quinzaine de minutes d'une personnalité du monde de la gériatrie. Nous ferons ainsi le tour des responsables des gérontopôles, ces pôles régionaux ou interrégionaux de gérontologie qui se développent depuis quelques années. Si les dimensionnements et fonctionnements varient d'un pôle à l'autre, les maîtres-mots sont fédération, innovation, accompagnement. L'occasion d'envisager notre spécialité dans une vision plus sociétale.

A la rentrée, nous sommes partenaires du congrès de la SF3PA (Société Francophone de Psychogériatrie et de Psychiatrie de la Personne Âgée) qui se tiendra les 16 et 17 septembre à Brest. Les membres de l'AJG bénéficient d'un tarif préférentiel ; vous pouvez vous inscrire sur <https://sf3pa-congres.com/inscriptions/>. Les grands thèmes abordés pour cette édition seront l'empathie, la distanciation et l'éthique du soin.

Après avoir pris l'avis de ses membres, le Conseil d'Administration de l'AJG a décidé de soutenir le Référendum d'Initiative Partagée (RIP), lancé par l'association Notre Hôpital, qui regroupe notamment des associations d'usagers, The Ink Link, et les Collectifs Inter-Hôpitaux et Inter-Urgence. Le 07 juillet, un projet de loi référendaire a été déposé par 200 parlementaires de tous bords. Le texte doit désormais être validé par le Conseil Constitutionnel puis 4.7 millions de signatures d'électeurs – rien que ça ! - seront nécessaires pour que le RIP ait lieu. Si vous vous sentez concernés, vous pouvez apporter votre promesse de signature sur <https://www.notrehopital.org/>.

Enfin, cette année, l'AJG a 20 ans ! La situation sanitaire est telle qu'il était difficile d'organiser un événement spécifique. Néanmoins, nous espérons vous retrouver sur notre stand lors des **Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie (du 15 au 17 novembre, à Paris)**. Il y aura des surprises ! Vous êtes également les bienvenus à l'Assemblée Générale, qui aura lieu en marge des JASFGG, pour faire vivre avec nous l'association !

La prochaine Journée Annuelle des Jeunes Gériatres sera également l'occasion de fêter dignement cet anniversaire ! Elle devrait se dérouler à Lille, au début du printemps 2022, selon, évidemment, la situation du pays. Nous vous tiendrons informés dans la prochaine Gazette, par mail et sur les réseaux sociaux.

Au plaisir de vous retrouver !

Le bureau de l'AJG



LE BACLOFÈNE

Introduction

Selon Lance en 1980, la spasticité est un « *trouble moteur caractérisé par une augmentation vitesse-dépendante des réflexes toniques d'étirement, accompagnée d'une exagération des réflexes ostéotendineux, résultant d'une hyperexcitabilité du réflexe d'étirement* ».

Le traitement de la spasticité musculaire reste de nos jours un sujet complexe. En effet, même si la spasticité est le symptôme du syndrome pyramidal le plus accessible aux différentes thérapeutiques, sa prise en charge doit être bien réfléchiée selon des arguments bien déterminés. La spasticité peut être considérée de deux façons. Elle peut être vue comme une anomalie indésirable, à éliminer, car parasitant certains schémas moteurs fonctionnels ou source de douleurs. Mais elle peut être considérée comme un mode naturel de récupération après une lésion neurologique aboutissant à une fonction motrice et commande motrice moins efficiente que chez le sujet sain, mais qui parfois est utilisable et utile pour le sujet dans certaines activités.

Avant tout traitement, un interrogatoire ciblé et un examen physique rigoureux neuro-orthopédique doit donc être effectué, contenant notamment l'évaluation de la spasticité avec des échelles spécifiques telles que **l'échelle d'Ashworth modifiée** (tableau 1) ou bien encore **l'échelle de Tardieu** (tableau 2). Le but étant de déterminer des objectifs fonctionnels, antalgiques ou bien encore d'hygiène à un traitement de la spasticité.

La batterie de thérapeutiques existantes pour lutter contre des schémas spastiques est large : traitements physiques (étirements musculaire, stimulation électrique), traitements médicamenteux d'action centrale (baclofène, benzodiazépines, tizanidine), d'action périphérique (dantrolène, injections de toxine botulique A) et traitements chirurgicaux plus invasifs. Nous allons aujourd'hui nous intéresser à la molécule la plus connue et surtout la plus anciennement utilisée comme médicament antispastique : le **baclofène**.

(Nous ne parlerons ici que de l'usage de cette molécule dans le cadre de la gestion de la spasticité d'origine neurologique centrale).

0	Pas d'augmentation du tonus musculaire
1	Une augmentation discrète du tonus musculaire se manifestant par un ressaut suivi d'un relâchement ou par une résistance minimale à la fin du mouvement
1+	Une augmentation discrète du tonus musculaire se manifestant par un ressaut suivi d'une résistance minimale perçue sur moins de la moitié de l'amplitude articulaire
2	Une augmentation plus marquée du tonus musculaire touchant la majeure partie de l'amplitude articulaire, l'articulation pouvant être mobilisée facilement
3	Une augmentation importante du tonus musculaire rendant la mobilisation passive difficile
4	L'articulation concernée est fixée en flexion ou en extension (abduction ou adduction)

Tableau 1 : Échelle d'Ashworth modifiée

Angle en fonction de la vitesse de l'étirement passif (trois vitesses sont différenciées) :	Degré
Av1 : angle à V1, vitesse lente qui permet d'apprécier à la mobilisation passive la réponse tonique à l'étirement <i>Vitesse inférieure à celle imposée par la pesanteur</i>	
Av2 : angle à V2, vitesse moyenne qui correspond à l'action de la pesanteur sur le segment <i>Vitesse égale à celle de la pesanteur</i>	
Av3 : angle à V3, vitesse rapide qui permet d'apprécier les réactions phasiques à l'étirement <i>Vitesse supérieure à celle de la pesanteur</i>	
L'angle d'apparition du réflexe myotatique qui est d'autant plus petit que la vitesse est plus rapide et la spasticité plus importante	Degré
Noter l'angle articulaire d'apparition du réflexe (Av1 – Av3)	
L'intensité de la réponse qui est cotée de 0 à 4 :	Niveau
Muscle sain, pas de signe d'hypertonie <i>Pas de réflexe d'étirement</i>	0
Réaction myotatique visible ou palpable qui n'entrave pas la mobilisation passive <i>Contractions musculaires visibles ou palpables</i>	1
Arrêt un court instant (1 à 3 secondes) de la mobilisation passive par la réaction myotatique <i>Contraction avec ressaut</i>	2
Présence de secousses cloniques ou d'un arrêt plus long de la mobilisation (de l'ordre de 10 secondes) <i>Trépidations épuisables ou hypertonie marquée permettant une mobilisation aisée</i>	3
Spasticité invincible qui ne cède pas à l'étirement. La différenciation avec une rétraction ne peut être réalisée qu'à la suite d'examens plus approfondis (contrôle sous sommeil ou anesthésie générale) <i>Trépidations inépuisables ou hypertonie considérable avec mobilisation difficile</i>	4

Tableau 2 : Échelle de Tardieu

Elle prend en compte les trois facteurs qui caractérisent la spasticité.

Propriétés pharmacologiques et pharmacodynamiques du baclofène



Le baclofène fait partie de la classe des médicaments antispastiques d'action centrale, comme les benzodiazépines et la **tizanidine**. Le baclofène est un agoniste du GABA et est qualifié d'analogue structural du GABA (GABAergique, GABA-B agoniste). Le GABA agit comme un inhibiteur présynaptique. Il s'agit du neurotransmetteur inhibiteur le plus répandu dans le système nerveux : il réduit l'excitabilité neuronale.

Le baclofène (Lioréal®) est adapté à une diffusion dans le système nerveux central car il est lipophile. Son activité pharmacologique s'exerce en diminuant la perméabilité des canaux calciques et potassiques, grâce à un récepteur métabotrope couplé aux protéines G, en réduisant la libération des acides aminés excitateurs au niveau présynaptique.

Cependant, cette molécule avec prise par voie orale, bien que lipophile, diffuse en quantité insuffisante dans le système nerveux central. Par exemple, sa concentration dans le liquide cébrospinal est 10 fois inférieure à celle retrouvée dans le sang chez l'être humain. C'est pour cela que dans certains cas, le baclofène est utilisé par voie intrathécale via la mise en place chirurgicale d'une pompe à baclofène.

Le baclofène a une demi-vie d'environ huit heures, une demi-vie d'élimination de 3-4 heures et une biodisponibilité par voie orale de 37 à 80 % selon les individus.

Indications, contre-indications

Le baclofène a obtenu son autorisation de mise sur le marché le 16/12/1997 pour les indications suivantes :

- Contractures spastiques de la sclérose en plaques.
- Contractures spastiques des affections médullaires (d'étiologie infectieuse, dégénérative, traumatique, néoplasique).
- Contractures spastiques d'origine cérébrale.

Il est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité au principe actif ou aux excipients, d'ulcération peptique et de grossesse (surtout lors du premier trimestre).

Précautions d'emploi

Il existe de nombreuses populations où les précautions d'emploi s'imposent.

- Insuffisance rénale : diminuer la posologie.
- Insuffisance hépatique, diabète de type 2 : surveillance biologique régulière (ASAT, ALAT, PAL, glycémie).
- Accidents vasculaires cérébraux.
- Syndrome de sevrage si interruption brutale.
- Troubles respiratoires, maladies cardiopulmonaires.
- Troubles urinaires.
- Epilepsie, troubles psychiatriques et nerveux.
- Enfants < 1 an.
- Conduite de véhicules et utilisation de machines.

Principaux effets indésirables

Les principaux effets indésirables retenus sont :

- Asthénie, sédation, somnolence, confusion, céphalées, vertiges, insomnie, ataxie, tremblements, faiblesse musculaire.
- Etat euphorique, dépression, hallucinations, cauchemars.
- Troubles de l'accommodation, troubles visuels.
- Dépression respiratoire.
- Débit cardiaque réduit.
- Hypotension.
- Nausées, vomissements, constipation, diarrhées, sécheresse buccale.
- Hyperhidrose, éruption cutanée.
- Polyurie, dysurie, énurésie.
- Réactions allergiques, parfois retardées, liées aux excipients (méthyl et propyl hydroxybenzoate).

En plus de ces effets, le baclofène diminue le seuil épiléptogène. Il existe un risque de syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement, d'où la nécessité d'un arrêt très progressif par pallier comme pour l'initiation du traitement.

Enfin, sur le plan fonctionnel, si l'effet antispastique du baclofène par voie orale peut apparaître satisfaisant lorsqu'on évalue un patient en conditions passives lors de l'examen physique, il s'amointrit le plus souvent lors du mouvement volontaire. Ceci illustre l'importance de l'évaluation du bénéfice thérapeutique au cours du mouvement volontaire et non seulement au repos.

Posologie d'usage

La posologie doit être lentement progressive.

Chez l'adulte : Débuter par 5 mg (1/2 comprimé) 3 fois par jour, et augmenter tous les 3 jours, de 5 mg 3 fois par jour jusqu'à obtention de la dose quotidienne qui se situe entre 30 et 75 mg/jour en trois prises.

En milieu hospitalier, des posologies journalières jusqu'à 120 mg peuvent être atteintes.

En général, une posologie journalière de 40 mg à 60 mg est souvent suffisante.

Chez l'enfant à partir de 6 ans : Le traitement est initié avec de très faibles doses de l'ordre de 0,3 mg/kg/jour. Le dosage quotidien doit être augmenté avec précaution, par périodes de une à deux semaines jusqu'à la posologie optimale pour l'enfant. A titre indicatif, le dosage quotidien usuel d'entretien varie entre 0,75 et 2 mg/kg de poids corporel en trois prises.

Chez le sujet âgé : Afin de diminuer la fréquence d'apparition des effets indésirables, l'administration d'une dose initiale plus faible et son augmentation progressive sous surveillance sont recommandées. Il en est de même pour les sujets souffrant de spasticité d'origine cérébrale.

Chez le sujet insuffisant rénal, ou hémodialysé : Choisir une posologie quotidienne initiale d'environ 5mg/jour. L'arrêt du traitement se fera progressivement.

Petit Focus sur les pompes à baclofène

Un petit mot tout de même sur une autre utilisation du baclofène outre la prise orale : **l'infusion intrathécale de baclofène**. Elle permet de traiter les spasticités généralisées sévères et/ou douloureuses principalement des membres inférieurs du fait de la position du cathéter (en regard environ de Th10), en cas d'échec du traitement par voie orale.

Son coût est élevé à cause du prix des pompes implantables.

Cette technique nécessite la mise en place d'une pompe implantée neurochirurgicalement, et programmable par interface externe à l'aide d'une tablette numérique par système bluetooth de détection, permettant une forte réduction des doses par rapport à la voie orale (300 à 800 microgrammes /j). Un cathéter relié à la pompe est aussi mis en place pour une infusion intrathécale du baclofène. Cette technique évite les effets indésirables liés aux récepteurs encéphaliques. Il existe cependant des effets indésirables liés au système de la pompe (fuites, anomalies du cathéter, dysfonctionnement de programmation de la pompe pouvant être à l'origine de surdosage ou sous-dosage en baclofène, complications infectieuses). Les patients peuvent être porteurs soit de réservoir de 20 ou de 40 mL. Les remplissages de pompe à baclofène se font rythme régulier et de manière programmée avec des ampoules de baclofène de 500 ou de 2000 microgrammes/ml. Le choix de réservoir (et de posologie d'ampoule) se fera en fonction des posologies quotidiennes de baclofène programmées et délivrées par la pompe (en prenant en compte tant des arguments d'efficacité que de tolérance du produit pour un patient donné).

Dr Nawale HADOURI

Chef de Clinique en Médecine Physique et Réadaptation - CHU Dijon

Doctorante en Thèse de sciences - Ecole Doctorale Dijon

Présidente de l'Association nationale des Jeunes Médecins en MPR (AJMER)

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Bibliographie

1. Lance JW. Pathophysiology of spasticity and clinical experience with baclofen. In: Feldmann RG, Young RR, Koella WP, editors. Spasticity disordered motor control. Chicago: Year Book; 1980. p. 185–203.
2. Gorley ME. A clinical overview of treatment decisions in the management of spasticity. Muscle Nerve 1997;6:S14–20.
3. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ct032510.pdf>
4. Mullarkey T. Considerations in the treatment of spasticity with intrathecal baclofen. Am J Health Syst Pharm. 2009 Sep 1;66(17 Suppl 5):S14-22.
5. Gracies J.-M. Evaluation de la spasticité : apport de l'échelle de Tardieu / in *Motricité cérébrale*, Vol.22, n° 1 (Mars 2001).

LA DÉPRESCRIPTION EN GÉRIATRIE

A SYSTEMATIC REVIEW OF THE EVIDENCE FOR DEPRESCRIBING INTERVENTIONS AMONG OLDER PEOPLE LIVING WITH FRAILITY¹

Ibrahim et al., *BMC Geriatr* 2021

La polymédication, définie comme la prise de plus de 5 médicaments par jour, concerne 50 % des patients de plus de 85 ans. Elle est associée à un sur-risque d'évènements indésirables, de déclin fonctionnel, de décès, et s'accroît avec la fragilité. Les gériatres pratiquent au quotidien la « déprescription » médicamenteuse, concept décrit depuis le début des années 2000². Cependant, les méta-analyses effectuées à ce jour étaient faites chez des patients non nécessairement fragiles ou avec un indice de fragilité mal évalué (sur des critères d'âge ou de lieu de vie notamment). Cette revue a donc voulu évaluer la sécurité et l'impact de la déprescription médicamenteuse chez des patients âgés identifiés fragiles par des outils de mesure reproductibles.

Méthode

La recherche bibliographique faite sur plusieurs bases de données, selon la méthodologie consensuelle Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), a recherché les articles évaluant la déprescription médicamenteuse et sa sécurité. Parmi les critères retenus pour sélectionner les études, il était nécessaire que les patients inclus aient un âge médian de plus de 65 ans, et une fragilité identifiée chez au moins 50 % des patients de l'étude. Cette fragilité devait être identifiée selon un score ou échelle validé comme : Le phénotype de Fried, le score PRISMA-7,

le Clinical Frailty Scale... Les études dans lesquelles la déprescription faisait partie d'une intervention multidimensionnelle ont été exclues. Le critère de jugement principal était la sécurité de l'intervention, définie en termes d'évènements indésirables, d'hospitalisation et/ou de mortalité toutes causes confondues. Sur les 2322 articles identifiés (publications jusqu'en 2020), 6 ont été retenus, avec une qualité jugée bonne selon les critères en vigueur. Finalement, la méta analyse n'a pas été possible tant les données étaient hétérogènes, les auteurs ont donc réalisé une **synthèse narrative des résultats**.

Résultats

Au total, 657 patients ont été inclus dans les 6 études (2 essais contrôlés randomisés, 2 études de comparaison avant/après et 2 études de cohorte interventionnelle prospective), entre 2014 et 2018, en soins primaire ou hospitalier, avec un âge moyen des participants de 79 à 85 ans. Le Clinical Frailty Scale était l'outil de mesure de fragilité le plus couramment utilisé.

Les médicaments les plus fréquemment déprescrits dans les études (principalement en se basant sur les outils comme le STOPP, Beers ou STOPPFail), quel que soit le contexte, étaient les benzodiazépines, les antidépresseurs, les neuroleptiques, les opiacés, les statines, les inhibiteurs de la pompe à protons et les médicaments cardiovasculaires (aspirine, autres antiplaquettaires, bêtabloquants, digoxine).

La sécurité de la déprescription a directement été évaluée dans 3 études. Dans une étude menée en soins primaire, après 3 et 6 mois, les effets indésirables (évalués à l'aide du score UKU-SERS) ont diminué respectivement d'une différence moyenne de 2,8 ($p < 0,05$) et de 4,2 ($p < 0,05$). De plus, les effets indésirables des médicaments psychotropes ont diminué de manière significative d'une différence moyenne de 1,8 ($p < 0,05$) après 3 mois, et d'une différence moyenne de 2,24 ($p < 0,05$) après 6 mois.

Quel intérêt pour les gériatres ?

Cette revue a mis en évidence le manque de littérature chez le sujet âgé fragile et l'hétérogénéité des études conduisant à de nombreuses difficultés d'interprétation. Ici, les patients étaient bien identifiés comme fragiles, ce qui correspond à nos patients du quotidien en gériatrie. Les données de cet article vont dans le sens de ceux déjà publiés, et viennent confirmer **la sécurité de la déprescription guidée par l'estimation de l'espérance de vie et les outils validés** chez le sujet identifié comme fragile. La **démarche pluridisciplinaire** en incluant le patient et le médecin traitant permettent d'obtenir une bonne acceptation des modifications thérapeutiques. La **liaison ville-hôpital** est d'ailleurs un point essentiel dans les futures politiques de santé.

Références

- Ibrahim, Kinda et al. "A systematic review of the evidence for deprescribing interventions among older people living with frailty." BMC geriatrics vol. 21,1 258. 17 Apr. 2021.
- Woodward MC. Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications. J Pharm Pract Res. 2003;33(4):323-328.

Ces baisses de points sur le score UKU-SERS sont cliniquement pertinentes, mais ces résultats ne sont pas retrouvés dans les autres études. Dans les deux autres études, en milieu hospitalier, on y retrouve une baisse des effets indésirables majeurs ($p < 0,05$) sans pour autant avoir de différence sur les réhospitalisations ou la mortalité. Les recommandations de déprescriptions ont été suivies dans 88 % des cas.

Dans les résultats secondaires, il y a eu une baisse significative de 2 à 3 médicaments, notamment des médicaments inappropriés. On observe également une baisse de la détérioration fonctionnelle dans les groupes interventions (70 % pour les groupes contrôles contre 35 % pour les groupes interventions, $p < 0,001$), une amélioration thymique (-2 points sur la GDS, $p < 0,05$) et une amélioration cognitive sur le Mini Mental State Examination (MMSE) mais dans une seule étude. Le taux de chutes et de ses complications est globalement inchangé (données contradictoires). On ne note pas de différence sur la qualité de vie. Enfin, ces interventions semblent avoir eu un impact sur le plan médico-économique. Dans les études avec un pharmacien dirigeant le projet, il y a eu une économie de 94,28 \$ par 100 jours-patients et dans les études avec équipe pluridisciplinaire une économie mensuelle par patients de 61,74 \$.

Les effets bénéfiques sont bien démontrés sur la baisse des prescriptions médicamenteuses inappropriées. En revanche, les résultats cliniquement pertinents peinent à être démontrés sur les chutes, la cognition, les réhospitalisation/décès et la qualité de vie. Des études avec une meilleure homogénéité de patients et une méthodologie plus rigoureuse permettront probablement de répondre à ces questions. En attendant, les gériatres et pharmaciens peuvent poursuivre l'analyse des ordonnances et la déprescription avec les outils validés puisque les données actuelles montrent la sécurité de cette pratique.

Dr Thomas RENONCOURT
Géiatre, CHU Amiens
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

LA CAMPTOCORMIE...

QUAND FAIRE LE DOS ROND DOIT
ENTRAÎNER DES INVESTIGATIONS !

Partons d'un patient : M. LB, âgé de 78 ans et hospitalisé en court séjour gériatrique suite à une chute avec pose d'une prothèse de hanche gauche.

Dans ces pathologies en cours, on retrouve une cardiopathie ischémique, un syndrome extrapyramidal sous dopathérapie depuis 5 ans et un diabète non-insulino-dépendant.

Dans ces antécédents, il a eu une prothèse de genou, une chirurgie d'un canal lombaire étroit il y a 10 ans. Il ne consomme pas d'alcool, n'a jamais fumé.

Le patient décrit un ralentissement de sa marche depuis quelques années, des chutes et des troubles de la déglutition depuis 3 ans environ. Son médecin généraliste avait évoqué une maladie de Parkinson mais il n'avait pas supporté la majoration du traitement par levodopa avec des troubles digestifs et des bouffées anxieuses. M. LB n'avait pas souhaité d'investigations complémentaires et notamment pas d'imagerie cérébrale par IRM à cause d'une claustrophobie. Un scanner cérébral avait éliminé une hydrocéphalie à pression normale ou des lésions vasculaires sévères.

A l'examen d'entrée, le patient est alité, douloureux sur sa hanche. Il existe une bradykinésie, une hypophonie et une voix mouillée. Après une antalgie adaptée, M. LB est levé avec le kinésithérapeute qui nous alerte devant un franc trouble postural du rachis avec une antéflexion sévère du tronc de près de 50°, antéflexion qui n'est pas figée et disparaît lors de l'alitement...

Nous retrouvons également un antécolis. Le test d'hypotension orthostatique est TRÈS positif avec une nette dysautonomie et une tendance à la bradycardie. Le patient se plaint aussi d'une constipation depuis plusieurs années et de troubles urinaires.

Il n'y a pas de doute, le patient présente une **camptocormie** et cette dernière semble s'inscrire dans un **syndrome parkinsonien atypique de type Atrophie Multi-Systématisée** !

Voici donc l'occasion de refaire le point sur un symptôme parfois difficile à caractériser : la camptocormie...

Définition et examen clinique de la camptocormie

Le terme de camptocormie provient du grec « kamptos » (se pencher) et « kormos » (tronc). Il s'agit d'une **cyphose lombaire** ou **antéflexion du rachis dorsolombaire** : projection du tronc vers l'avant de plus de 45° survenant en position debout, augmentant au fur et à mesure de la marche, en grande partie ou totalement réductible, disparaissant en position couchée.

La **camptocormie** est un symptôme clinique et n'est pas une maladie en soit, il est donc impératif de rechercher une étiologie. Sa fréquence est donc mal connue, peu d'études s'intéressant à ce symptôme spécifiquement.

Les étiologies principales

On distingue principalement les causes **neurologiques**, les causes **neuromusculaires** et les causes **rhumatologiques**.

Les origines **neurologiques** sont souvent en lien avec un syndrome extra-pyramidal : maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques (dont l'Atrophie Multi-Systématisée).

La dystonie axiale est liée à l'atteinte des ganglions de la base générant également une involution adipeuse des muscles paravertébraux.

Les maladies **neuromusculaires** à évoquer comprennent la myasthénie (très rare) et les myopathies (dont certaines à révélation tardive) pouvant être inflammatoires, post-radiques, liées à une gammopathie monoclonale ou exceptionnellement à une hypothyroïdie.

Les pathologies **rhumatologiques** incluent principalement les troubles de la statique vertébrale : le canal lombaire rétréci peut entraîner une attitude antalgique en cyphose, les fractures vertébrales également et certaines scolioses dégénératives non fixées.

Enfin, la sclérose latérale amyotrophique doit aussi être éliminée face à une camptocormie, d'autant plus s'il existe des signes d'atteinte des motoneurones à l'électroneuromyogramme.

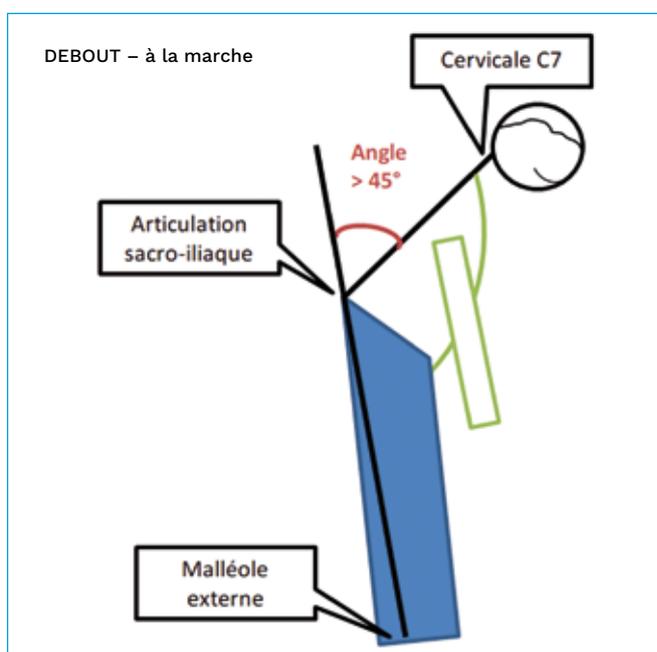
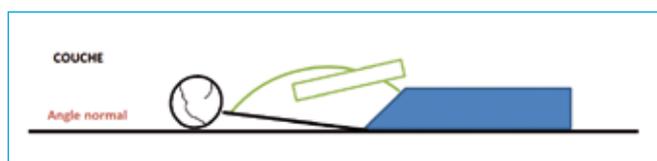


Prise en charge de la camptocormie

Le traitement doit être étiologique quand il est possible (myasthénie, myopathie inflammatoire) et ensuite médical avec un trépied : **Rééducation, aides à la marche et corset**.

La rééducation est volontiers pluridisciplinaire (médecin de MPR, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricienne). La **kinésithérapie** vise à travailler le renforcement musculaire, l'assouplissement des courbures, la lutte contre les rétractions myotendineuses, la délordose et l'apprentissage des méthodes antalgiques de posture. Les **déambulateurs avec appui surélevé** sont préférés. Enfin le **corset** vise à éviter de fixer la déformation dans les pathologies rachidiennes et neuromusculaires, mais il est souvent assez mal toléré.

Il ne faut pas oublier que la camptocormie entraîne une réduction du champ visuel qui entraîne un risque supplémentaire de chute ! Leur prévention est indispensable.



... et une maladie rare mais à évoquer devant ce tableau : l'AMS !

L'Atrophie Multi-systématisée (AMS) dans sa forme parkinsonienne

L'AMS n'est pas UNE mais DES maladies regroupées sous le sein d'une entité. Elle comporte une forme parkinsonienne, cérébelleuse et dysautonomique. Nous nous intéresserons surtout à la forme parkinsonienne (AMS-P) qui peut provoquer une camptocormie.

L'AMS est une **alpha-synucléinopathie** comme la maladie de Parkinson et la maladie à corps de Lewy mais les dépôts sont localisés au niveau des oligodendrocytes générant une défaillance axonale et une dysfonction mitochondriale.

Dans sa forme parkinsonienne, le syndrome extra-pyramidal est constant, asymétrique, à prédominance axiale.

Le tremblement de repos est rare mais il est fréquent d'observer un tremblement postural et régulier.

Les chutes et les troubles de la marche sont fréquents avec une bradykinésie et une instabilité posturale.

Il existe souvent un bénéfice de la dopathérapie à l'initiation mais certains patients ont un épuisement rapide avec des effets secondaires à type de dyskinésies ou de troubles digestifs.

Les dystonies du cou sont assez typiques de l'AMS, associées à des troubles de la déglutition.

La dysautonomie est souvent sévère, d'emblée présente et constante à toutes les formes d'AMS. Elle comprend :

- ➔ Des troubles vésico-sphinctériens (dysfonction érectile précoce chez l'homme, troubles vésicaux à type d'irritation et de rétention d'urines).
- ➔ Des troubles digestifs avec une constipation, une gastroparésie, une dysphagie.
- ➔ Une hypotension orthostatique souvent aggravée par la prise alimentaire, la chaleur... et une hypertension de décubitus.
- ➔ Des troubles vasomoteurs avec une hypersudation, des troubles de la thermorégulation...

Enfin les troubles du sommeil sont fréquents avec des troubles du comportement en sommeil paradoxal (sensation de vivre ses rêves), un stridor, des apnées du sommeil...

Un syndrome cérébelleux peut être présent, non inaugural et non prédominant dans la forme parkinsonienne, et complète le tableau clinique.

Evolution

Le patient peut connaître une relative phase de stabilité mais la dégradation survient entre 3 et 5 ans avec le besoin d'une aide à la marche puis l'aggravation de la dysautonomie.

La survie moyenne est entre 6 et 10 ans mais certains patients ont vécu plus de 15 ans après leur diagnostic.

Le décès survient principalement à cause d'une pneumopathie d'inhalation, d'une mort subite, du stridor inspiratoire ou d'une syncope.

Prise en soin de l'AMS

Malheureusement, il n'y a pas de traitement curatif et les traitements visent surtout à apaiser les symptômes cliniques du patient avec un essai de dopathérapie (mais l'épuisement est rapide).

La prise en charge de la dysautonomie est essentielle et notamment de l'hypotension orthostatique (bas de contention, hydratation, repos postprandial, traitement par midrodine, fludrocortisone voire desmopressine en cas de polyurie nocturne associée).

La rééducation physique par la kinésithérapie, l'orthophonie, l'ergothérapie sont indispensables pour améliorer le quotidien des patients et retarder la perte d'indépendance fonctionnelle.

L'accompagnement du patient et de sa famille, les directives anticipées concernant les modalités de soins sont importantes pour anticiper l'avenir. Se pose souvent la question de l'alimentation artificielle face aux troubles de la déglutition et notamment de la gastrostomie.

Des essais thérapeutiques sont en cours visant une action directe sur l'alphasynucléine et constitue un début d'espoir pour les malades.

Dr Nathalie JOMARD

Praticien Hospitalier – Hospices Civils de Lyon
Pour l'Association des Jeunes Gériatres
nathalie.jomard@chu-lyon.fr

Références

- Bourdain F. et al : Les syndromes parkinsoniens : de l'analyse sémiologique au diagnostic nosologique Revue Med Int sept 2013, Vol 34 - N° 9 P. 528-537.
- Laroche M., La camptocormie du sujet âgé, Revue du Rhumatisme, février 2011, Vol 78 - N° 1 P. 22-25.
- Lefevre L., l'Atrophie Multisystématisée, Cours DES Neurologie 2017, université de Lille.
- Palazzo C. et al. Spine disorders in elderly patients, Revue du rhumatisme (2019) 233-241.
- Pellieux S., Avimadje M., Fouquet B., La camptocormie du sujet âgé, La Lettre du Rhumatologue - n° 259 - février 2000.
- Praline J, Pellieux S. Camptocormia: what to do? neurologie.com, vol. 2 n°7, septembre 2010.
- Stojkovic T., Camptocormia: Diagnosis and management, Pratique Neurologique – FMC 2015;6:71-79.
- Wenning GK, Colosimo C. Diagnostic criteria for multiple system atrophy and progressive supranuclear palsy. Rev Neurol (Paris). 2010 Oct;166(10):829-33.

ANNONCES DE RECRUTEMENT





LE CENTRE HOSPITALIER SUD ESSONNE (91)

Établissement public MCO-SSR, USLD, EHPAD,
site de PDS et siège de la filière gériatrique de territoire,



RECRUTE UN MÉDECIN GÉRIATRE (F/H)

Statut PH / PA / Assistant.

POUR TOUT RENSEIGNEMENT ET CONTACT :

Centre Hospitalier Sud Essonne
Dourdan-Étampes Siège : 26 avenue Charles de Gaulle - 91150 ÉTAMPES
Courriel : affairesmedicales@ch-sudessonne.fr - Tél. : 01 60 80 79 59



LA SAS CLINIQUE SAINT-ROCH

Établissement privé du territoire de santé
de l'Artois et du Hainaut Cambrésis
recrute pour son site de CAMBRAI (59) :

1 GÉRIATRE

CDI Temps plein, ayant
une sensibilité aux soins
palliatifs et si non diplômé,
pouvant s'y former.



Il sera coordonnateur responsable de service en association avec d'autres gériatres, des spécialistes de médecine physique et réadaptation et participera aux astreintes opérationnelles.

Il interviendra dans l'unité de soins palliatifs, dans le service de soins de suite spécialisés des affections de la personne âgée polyopathologique dépendante ou à risque de dépendance et en soins de suite polyvalents et service d'état végétatif chronique.

L'établissement est membre actif des filières gériatrique en cours de labellisation que ce soit pour le Douaisis, le Cambrésis et le Valenciennois. Un pôle gériatrique commun existe pour les 3 établissements. Si besoin, l'établissement prend en charge les formations nécessaires que ce soit en gériatrie ou en soins palliatifs.



S'adresser à : Docteur Joël CLICHE, Président et Coordonnateur Médical
CLINIQUE SAINT-ROCH : 128, allée Saint-Roch - BP85 - 59402 CAMBRAI Cedex
Tél. : 03 27 73 00 17 - Mail : clinique.saint-roch@clinique-saint-roch.fr



RECRUTE

CDI - Temps plein.
Rémunération : À partir de 65k annuel.

MÉDECIN GÉNÉRALISTE HOSPITALIER / GÉRIATRE (H/F) pour :

- son Établissement de Santé Multi-Activités EHPAD - SSR - USLD
« LA MANAIE » à Auchel.
- son Établissement de Soins de Suite et de Réadaptation
« LA ROSERAIE » à Bruay-la-Buissière.



Travailler chez Filieris, c'est faire le choix d'exercer en salariat au sein d'un groupe de santé privé non lucratif portant des valeurs fortes issues d'un riche passé minier : L'engagement, la proximité, l'ouverture, l'écoute et l'expérience.

En lien avec les professionnels de santé du territoire, les établissements travaillent de manière concertée au bénéfice du patient (médecin, kiné, aides-soignants, ergo...).

Ouvertes à tous, quel que soit le régime de sécurité social du patient, les structures accueillent les personnes en hospitalisation complète, qu'elles soient placées en EHPAD, en SSR ou en USLD.

ACTIVITÉS :

Sous l'autorité du responsable d'établissement, le médecin généraliste hospitalier ou gériatre prend en charge l'activité de médecine clinique et de coordination pour l'USLD et l'EHPAD. Il concourt par une action préventive ou curative, utilisant les données actuelles de la médecine, au maintien et/ou au rétablissement de l'état de santé physique ou mental d'un individu ou d'une population. Il vise ainsi à l'acquisition de l'autonomie par un individu ou une population, en vue de l'insertion ou de la réinsertion socioprofessionnelle.

CONTACTS :

lucie.tscheiller@filieris.fr
nathalie.zawada@filieris.fr



LA FONDATION BON SAUVEUR DE LA MANCHE RECRUTE UN MÉDECIN GÉRIATRE



Située sur un territoire couvrant le centre et le nord du département de la Manche, la Fondation Bon Sauveur regroupe une quinzaine d'établissements sanitaires et médico-sociaux œuvrant dans les domaines de la psychiatrie, de l'addictologie, du handicap, de l'insertion, de l'accueil des personnes âgées et de la formation.

LE POSTE

Au sein d'une équipe pluridisciplinaire formée aux spécificités des patients gériatriques, vous assurerez le bilan gériatrique et le suivi médical des patients hospitalisés dans le service de gérontopsychiatrie de l'établissement. Vous travaillerez en collaboration avec le médecin psychiatre de l'unité.

Ce service de 18 lits est situé à Valognes, à proximité immédiate du site du Centre Hospitalier Public du Cotentin, qui comprend une UCC, un service de SSR gériatrique, un service de Médecine Polyvalente, ainsi qu'un service de radiologie (radiographies, échographies, scanner et IRM).

En fonction de votre quotité de temps de travail, vous pourrez être amené à réaliser des évaluations gériatriques à la demande pour d'autres patients ou résidents de la FBSM.

Vous serez rattaché au Service de Santé Somatique, qui comprend 5 médecins généralistes, une IDE référente, 2 diététiciennes et un dentiste. Ses missions principales sont l'organisation, la coordination et le développement de l'offre de soins somatiques au sein de la FBSM.

Dans le cadre de la formation continue, la FBSM s'engage à financer votre inscription à un DIU de gérontopsychiatrie le plus tôt possible après votre recrutement.

CONTRAT

Poste en CDI temps plein ou temps partiel.
À pourvoir dès que possible.

LIEU DE TRAVAIL

Valognes (Manche) et déplacements ponctuels sur les sites de la Fondation.

RÉMUNÉRATION

- Rémunération à définir suivant statut (médecin du secteur privé, praticiens hospitaliers, etc.).
- Reprise d'ancienneté.
- Prime d'embauche.
- Prise en charge des frais de déménagement.

AVANTAGES

- 32 jours de congés payés annuels (environ 6 semaines) + 14 jours de repos annuels (pour un temps complet).
- Fort investissement de l'établissement en matière de formation continue.
- Comité d'entreprise.
- Mutuelle familiale avantageuse.
- Prévoyance.



RENSEIGNEMENTS

Dr Sophie FAVIER, Chef de Service de Santé Somatique, au 07 69 24 84 45
Aurélia MAGIDS, Directrice du Centre Hospitalier, au 02 33 77 56 23
Laëtitia MOISANT, Directrice des Ressources Humaines, au 02 33 77 56 26

Candidatures à adresser par mail à service.recrutement@fbs50.fr

Site web : <https://www.fbs50.fr/>




www.larennaissancesanitaire.fr

Hôpital LA MUSSE, Etablissement de SSR - Privé ESPIC au sein d'un grand parc de 55 ha (6 km d'Evreux - 100 km de Paris) - 3 Pavillons d'Hospitalisation - 400 patients accueillis - 600 salariés - recrute H/F

1 Médecin Spécialiste en Gériatrie

Au sein d'un pôle de 107 lits - Équipe de 6 médecins

Poste en C.D.I. à pourvoir immédiatement
Inscription conseil de l'ordre exigée ou lauréat PAE en médecine générale.

Prise en charge des patients du secteur soins de suite gériatriques/UCC. Equipe pluridisciplinaire (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs sportifs APA, psychomotriciens, psychologues-neuropsychologues, diététiciens, orthophonistes, assistants sociaux...).

Poste à plein temps : 38 heures hebdomadaires + 17 RTT / 25 congés annuels + 2 jours d'hiver et 11 jours fériés.
Salaire selon barème CCN FEHAP 51 + prime d'intéressement.

Adressez CV à Mme BLANCHE-LOPOUKHINE, DRH, Hôpital La Musse, CS 20119 - 27180 Saint-Sébastien-de-Morsent - b.blanche.lopoukhine@hls-lamusse.net - T. 02 32 29 30 40







Le centre hospitalier Avranches-Granville est situé dans la baie du Mont Saint-Michel en Normandie, région touristique et balnéaire à équidistance entre Caen et Rennes (1 heure). Il dispose de 754 lits et places dont 336 en MCO dans un bassin de 130 000 habitants. Il recherche H/F

MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU GÉRIATRE COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE

PH temps partiel, PH temps plein, Praticien contractuel

Activités proposées : prise en charge de la population âgée du Sud Manche, travail en équipe multidisciplinaire, consultations, hôpital de jour, conciliation médicamenteuse, développement de projets gériatriques sur le territoire, lien ville /hôpital, encadrement d'internes.

Conditions : Vous devez être titulaire d'un diplôme de médecine.

Contact : DRM - 02.33.91.50.20 - Merci d'envoyer votre candidature à : recrutement.drm@ch-avranches-granville.fr

www.ch-avranches-granville.fr





LE CENTRE HOSPITALIER DE LA LOUPE

(Hôpital de proximité - 161 lits répartis sur les services médecine - soins palliatifs - SSR - EHPAD - USLD)

RECHERCHE UN MÉDECIN GÉRIATRE

Rémunération attractive. Réalisation d'astreintes. Inscription à l'Ordre des Médecins indispensable. Recrutement possible d'un couple. Si projet familial, possibilité de mise à disposition d'un pavillon. La Loupe est une ville située dans le Perche disposant d'écoles, de commerces et d'équipements sportifs. Accès direct SNCF gare Paris Montparnasse (1h15) et le Mans (40 minutes).

PERSONNES À CONTACTER :

Dr Bouillot, *Président de CME* au 02 37 29 33 50
S. Gougeon, *Directrice Déléguée* au 02 37 29 33 18 – s.gougeon@ch-laloupe.fr
CENTRE HOSPITALIER « Edmond Morchoisne »
Rue du Docteur Morchoisne – B.P 30125 – 28240 LA LOUPE



La Fondation Georges Coulon,

association loi 1901 assurant une mission d'utilité publique propose pour ses établissements situés sur la commune du Grand Lucé et assurant le rôle d'hôpital de proximité et du Mans :



DEUX POSTES DE
**Médecin Généraliste
OU Gériatre**
en sus d'une équipe de 7 médecins.



- Possibilité de temps partiel et de CDD de 6 mois avant le CDI.
- Le Grand Lucé : Activité SSR 132 lits, Médecine gériatrique 8 lits.
- Le Mans : Activité SSR 84 lits polyvalents (orientation majoritairement gériatrique).
- Conditions de salaire selon la convention 51 (établissement FEHAP, PSPH).
- Possibilité de logement dans l'environnement du centre.
- Postes à pourvoir dès que possible.

CONTACT

- Docteur COUSTANCE, Président de CME : 02 43 74 72 00 – philippe.coustance@fondation-gcoulon.fr
- Mme PELET Edwige, Directrice des Ressources Humaines : 02 43 61 51 51 – edwige.pelet@fondation-gcoulon.fr



LA RÉSIDENCE DU DOCTEUR L'HOSTE à Villers Semeuse (08)



LA RÉSIDENCE DES HARAS à Signy l'Abbaye (08)



(Unité de soins adaptés pour la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer • Unité de vie dédiée à l'accueil des personnes âgées les plus fragiles • Accueil de jour

RECRUTENT

2 MÉDECINS COORDONNATEURS ET/OU GÉRIATRES H/F À TEMPS PARTIEL

Pour compléter les équipes pluridisciplinaires déjà en place (IDEC, IDE, ASD, AMP, psychologue,...).

Statut salarié, à pourvoir dès que possible

Possibilité de prise en charge de formation type (DIU de médecins coordonnateurs en Ehpad /capacité de gériatrie)

Déposez votre candidature à : medecin.recrutement@orpea.net // www.linkedin.com/company/orpea



LE CENTRE HOSPITALIER D'EMBRUN recherche **UN MÉDECIN GÉRIATRE** pour compléter son équipe médicale

Pour exercer, à compter du 1^{er} septembre 2021,

au sein d'une filière gériatrique complète comprenant 12 lits de médecine gériatrique, 14 lits de SSR gériatriques et de 30 lits d'USLD. 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 travaille en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire comprenant des IDE/AS, des kinésithérapeutes/ergothérapeutes, une diététicienne, une assistante sociale et des neuropsychologues/psychologues.



L'élaboration d'un nouveau projet d'établissement ouvre la perspective d'une reconstruction de l'hôpital et offre une dynamique professionnelle certaine.

DIPLÔMES REQUIS :

- DESC de gériatrie ou capacité.
- DES de médecine générale.

PROFIL RECHERCHÉ :

- Personnalité dynamique et disponible.
- Capacité à travailler en équipe.
- Sens des responsabilités.
- Éthique professionnelle.
- Appétence pour encadrement et enseignement.

STATUT :

Praticien contractuel.

Poste à temps plein (100 %) mais si vous êtes intéressé(e) pour une activité à temps partagé entre votre activité libérale et une activité hospitalière, nous vous invitons également à nous contacter.

**Possibilité temporaire de logement sur le site de l'établissement.
Rémunération conforme au code de la santé publique.**

PERSONNES À CONTACTER :

Dr Véronique CARLIER, Chef de pôle : 04 92 43 73 41 - v.carlier-geniaux@ch-embrun.fr

Dr Michèle DEFFAUX, Présidente de la CME : 04 92 43 75 32 - m.deffaux@ch-embrun.fr

Madame Véronique GENSUL, Affaires Médicales : 04 92 43 75 00 / 04 92 43 73 03 (secrétariat) - v.gensul@ch-embrun.fr

LE SERVICE DE GÉRIATRIE DE L'HÔPITAL RENÉE SABRAN, situé près de Toulon sur la Presqu'île de Giens à Hyères

RECHERCHE



UN PRATICIEN

(Gériatrie, Médecine Physique
et de Réadaptation, Médecine Générale)

L'Hôpital Renée Sabran est un établissement du CHU de Lyon, 2^e CHU de France.

Le service est composé d'une unité de 8 lits de court séjour et de 52 lits de SSR. Le service est en cours de structuration d'une filière ortho-gériatrique adossée à l'expertise du service de chirurgie orthopédique de l'hôpital qui a développé la RAAC depuis plusieurs années et se traduit notamment par la création d'une unité d'hospitalisation de jour mixte MCO et SSR. Le médecin exercera sur ces unités et intégrera l'équipe médicale composée de 4 médecins dont 2 PH temps plein.

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

Possibilité de logement sur place.

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



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

✉ veronique.charlet@chu-lyon.fr

☎ 04 94 38 15 10

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

Le Centre Hospitalier d'Orange (84)

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



RECHERCHE

Praticien Hospitalier

Temps plein, spécialité Gériatrie.

CONTACTS

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

S. CAMPOS, *Directrice des Ressources Humaines*
04 90 11 22 28 - scampos@ch-orange.fr

Centre Hospitalier Louis GIORGI – Avenue de Lavoisier – CS 20184 – 84104 ORANGE Cx

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

- SSR/MPR/HDJ.
- Court séjour gériatrique et lits de soins palliatifs.
- Centre d'évaluation gériatrique.
- USLD.
- Équipe mobile gériatrique.
- Consultation mémoire.



L'établissement est en direction commune avec le CH de Valréas, l'EHPAD de Piolenc et de Bollène.



L'Hôpital de Prades est situé dans les Pyrénées-Orientales, à proximité de Perpignan, de Font-Romeu et de Barcelone, recrute, pour son service de Médecine et SSR :

Un Médecin Gériatre à temps plein

Le profil souhaité est un médecin spécialiste en médecine générale avec formation complémentaire ou expérience en médecine gériatrique.

La permanence de soins est assurée par une astreinte opérationnelle pour les nuits, week-ends et fériés.

L'environnement sanitaire comporte : Un service d'urgences au sein de la Clinique médico-chirurgicale, un service de radiologie conventionnel avec également scanner et prochainement IRM. Présence de médecins spécialistes.

La fiche de poste sera adressée sur simple demande.

PRISE DE FONCTION :

Janvier 2022, poste à pourvoir en raison d'un départ en retraite.



Contacts :

Dr Marie-Christine RAVERAT
Mail : marie-christine.raverat@hopital-prades.fr
Tél. : 04 68 05 08 77

Mme Anne FOURQUET
Mail : anne.fourquet@hopital-prades.fr
Tél. : 04 68 05 47 92

LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTAUBAN
ÉTABLISSEMENT SUPPORT DU GHT TARN-ET-GARONNAIS

RECHERCHE

UN MÉDECIN GÉRIATRE

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

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

Pour développer une activité d'Hôpital de jour gériatrique et de « Repérage de la fragilité »,
Pour mettre en place une filière gériatrique territoriale tournée vers les EHPAD et le domicile.
Possibilité de poste de PH Temps Plein à terme.

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




Centre Hospitalier
de Montauban



LES HOSPICES CIVILS DE BEAUNE

Établissement de santé de référence et établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Sud Côte-d'Or

Recherchent **GÉRIATRE**
À TEMPS PLEIN**CONTACT :** Les candidatures doivent être adressées à
Madame Marie FRASLIN, DRH - marie.fraslin@ch-beaune.fr
Site internet de l'établissement dans ses dimensions sanitaire, médico-sociale, patrimoniale et viticole : <http://hospices-de-beaune.com/>**LES HOSPICES CIVILS DE BEAUNE POSSÈDENT UNE FILIÈRE GÉRIATRIQUE COMPLÈTE**

- Le secteur de médecine gériatrique : Un Service de Médecine Gériatrique Aiguë de 20 lits sur le site de Beaune, 26 lits de médecine de proximité à Arnay-le-Duc, Nuits-Saint-Georges et Seurre.
- Le secteur ambulatoire : Consultation gériatrique avec évaluation gériatrique médico-psycho-sociale, consultation mémoire, consultation d'oncogériatrie et consultation de cardiogériatrie.
- Une Équipe Mobile de Gériatrie basée sur le site de Beaune.
- Les Soins de Suite et de Réadaptation Gériatriques : 40 lits sur le site de Beaune et 10 lits sur le site de Nuits-Saint-Georges.
- Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) : 30 lits sur le site d'Arnay-le-Duc et 30 lits sur le site de Seurre.
- Les secteurs médico-sociaux rattachés : 876 lits d'EHPAD dont 260 sur les sites de Beaune, 4 lits d'hébergement temporaire à Beaune, un Accueil de Jour de 6 places à Beaune, 8 places à Noyat et à Saint-Jean-de-Losne. Un PASA de 14 places à Beaune, 14 places à Seurre et 14 places à Nuits-Saint-Georges.
- Les SSIAD : 20 places à Arnay-le-Duc, 20 places à Nuits-Saint-Georges et 20 places à Noyat.

PROFIL DU POSTE

Exercice d'une activité polyvalente en SSR.

COMPÉTENCES REQUISESLe candidat devra être qualifié en gériatrie ou médecine générale avec projet de formation en gériatrie, maîtrise de coordination d'équipe pluridisciplinaire.
Praticien hospitalier inscrit à l'Ordre des Médecins ou titulaire de la PAE ou en cours de procédure PADHU.**DEUX POSTES DE
MÉDECIN GÉNÉRALISTE
OU GÉRIATRE****LE CENTRE HOSPITALIER DU PAYS DE GEX**
fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire Haute-Savoie
Pays de Gex, dont l'établissement support est le Centre Hospitalier
Annecy Genevois, avec lequel il est en direction commune.**CONTACT**Mme BARBE Adeline - Responsable des Ressources Humaines
abarbe@ch-paysdegex.fr - 04 50 40 38 04Dr VERGOTTE Stéphanie - Médecin Coordinateur
svergotte@ch-paysdegex.fr - 04 50 40 38 05

160, rue Marc Panissod - BP 437 - 01174 Gex Cedex



Le CHPG dispose de 290 lits, répartis sur deux sites, l'un à Gex (220 lits), le second à Divonne-les-Bains (70 lits). La prise en charge médicale est essentiellement consacrée à la personne âgée avec 20 lits de soins de suite et de réadaptation polyvalent, 30 lits de soins de longue durée, 240 lits d'hébergement.

- Temps plein ou temps partiel / CDD ou CDI.
- Le médecin assure, comme ses confrères, la permanence médicale.
- Rémunération selon la grille hospitalière des praticiens.
- À temps plein à raison de 10 demi-journées par semaine, le médecin bénéficie de 25 jours de congés et 15 jours réservés à la formation.
- Possibilité de logement à tarif préférentiel type T3 ou T4.
- Crèche hospitalière.
- Prise de poste dès que possible.

**Rejoignez notre équipe !****Nous recrutons un MÉDECIN GÉRIATRE
ou GÉNÉRALISTE**Poste à pourvoir
dès à présent**LE CENTRE HOSPITALIER VALLÉE DE LA MAURIENNE**Situé en Savoie, dans la vallée de la Maurienne, territoire montagneux, qui s'étend sur plus de 120 kilomètres, le CHVM est issu de la fusion des CH de SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE et MODANE au 1^{er} janvier 2021. Le centre hospitalier est également en direction commune avec 2 autres EHPAD de la vallée.

Premier employeur de la vallée avec plus de 750 agents, l'hôpital dispose de 607 lits et places répartis sur ses deux sites.

Le CHVM est un établissement qui assure une mission de service public de soins en conjuguant une offre de proximité et un niveau de technicité dans les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique, de soins de suite et réadaptation et de gériatrie. Il assure la couverture sanitaire des 42 000 habitants de la vallée avec une augmentation saisonnière marquée due à la vocation touristique estivale et hivernale du territoire. La vallée de la Maurienne dispose de nombreuses stations de ski, la population peut atteindre jusqu'à 200 000 personnes durant les 5 à 6 mois d'afflux touristique.

SECTEUR GÉRIATRIQUE

Vous exercerez au sein d'une filière gériatrique active répartie sur 2 sites distants de 30 km :

- **Le site de Saint-Jean-de-Maurienne :**
116 lits EHPAD dont 26 Alzheimer et 2 hébergements temporaires + 30 lits SLD + 10 places d'accueil de jour Alzheimer + 14 places PASA.
- **Sur le site de Modane :**
88 lits EHPAD dont 28 Alzheimer et 7 hébergements temporaires + 26 lits SSR gériatrique + 14 places PASA.

Notre offre de soins personnes âgées est complétée par les services de médecine polyvalente, HAD, SSIAD et SSR gériatrique et locomoteur et court séjour gériatrique à venir grâce au renforcement de l'équipe médicale.

Vous pourrez exercer à votre convenance, sur l'un ou l'autre des sites, ou sur les deux, sachant que pour cette dernière option vous bénéficierez de la prime d'exercice territorial.

PROFIL RECHERCHÉ

Praticien/Praticienne inscrit(e) à l'Ordre des Médecins français.

Médecin généraliste, médecin gériatre.

Praticien hospitalier titulaire, ou praticien contractuel (temps plein ou temps partiel selon vos projets). Les premières expériences hospitalières sont les bienvenues et seront accompagnées avec possibilité de formation.

**PROCÉDURE DE RECRUTEMENT****Pour l'envoi de votre candidature :**

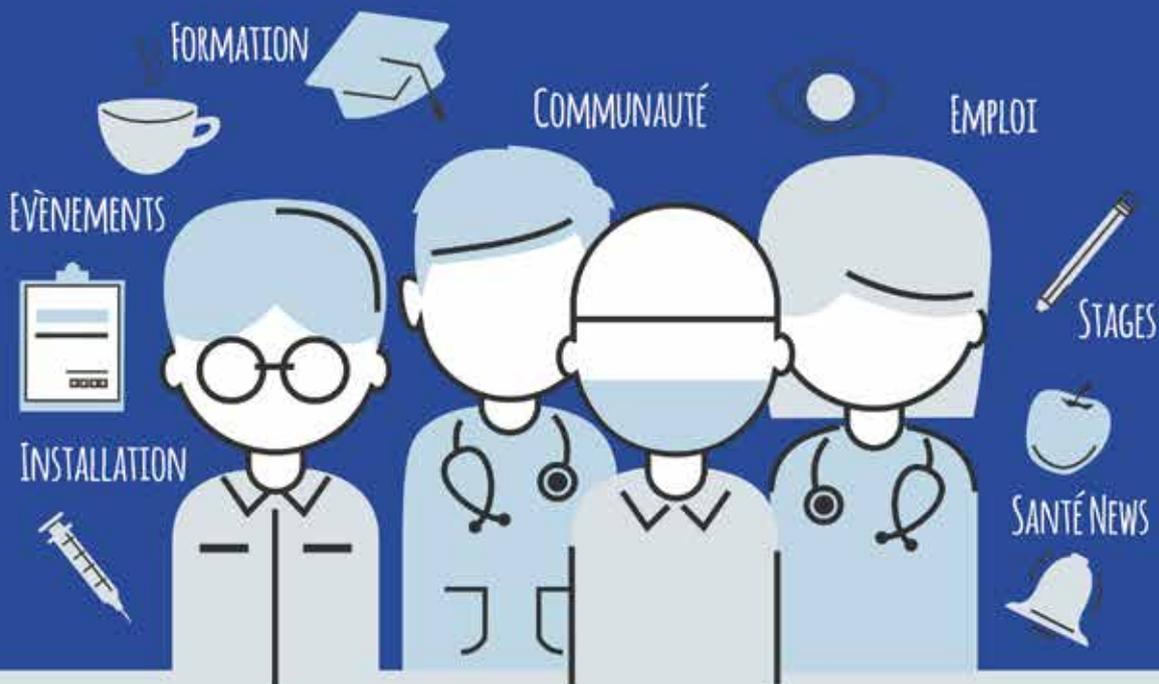
Madame Laurence ALEX, Responsable des Affaires Médicales - 04 79 20 69 72 - lalex@chvm.fr

Contact médical :

Docteur Karen HARDY, Présidente de CME - 04 79 20 60 20

Docteur Delphine VAGNEUR, Chef de Pôle - 04 79 20 60 20

Pour en savoir plus sur notre hôpital : www.chvm.fr



RÉSEAU PRO SANTÉ

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



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE



☎ 01 53 09 90 05 ✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

