

LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

AVRIL 2026 - NUMÉRO GRATUIT

#40

NIMES

4 et 5 juin
2026

AjG 51^{èmes}
journées annuelles
des Jeunes Gériatres



Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS)
CHU de Nîmes, Rue du Pr Henri Pujol

Association des Jeunes Gériatres

www.assojeunesgeriatres.fr

AjG
Association
des Jeunes
Gériatres

Écoutez nos Héparotres

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2026

BUREAU PRÉSIDENTE

Rafaëlle ROTH

VICE-PRÉSIDENTE

Lucrezia-Rita SEBASTE

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Jérémie HUET

TRÉSORIER

Ludovic ROBBE

VICE-PRÉSIDENTE COMMUNICATION

Marine OECHSLIN RIMET

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Laure ALLAN

Hazem BEN RAYANA

Nathan BLEU

Amélie BOINET

Floriane BRIL

Sandra BRISSARD

Victoire DEFENTE

Nicolas DENIAU

JusKne DOSSOU BADJIOKILA

BasKen GENET

Anne-Sophie GAUTHIER

Héloïse GOBILLOT

Clémence GRANGE

Karen GUERIN

Sylvana HO-BIN-HUANG

Florian MARONNAT

Marion NGUON

Marie OTEKPO

Julie TISSERAND

Romain VAN-OVERLOOP

SOMMAIRE

03 ÉDITORIAL

04 ARTICLE THÉMATIQUE

Musicothérapie et gériatrie

11 FOCUS GÉRIATRIQUE

Ostéopathie et personnes âgées :

Quelle place dans le parcours gériatrique ?

14 FICHE MÉTIER

Animateur en EHPAD

16 FICHE PRATIQUE

Guide des bonnes pratiques en aromathérapie pour le sujet âgé

19 RETOUR DE CONGRÈS

Retour sur les Journées Annuelles des Jeunes Gériatres 2025

26 FICHE DU MÉDICAMENT

Présentation du concept Snoezelen

28 ACTUALITÉS AJG

30 BIBLIOGRAPHIE

Acupuncture : Preuves cliniques en gériatrie

33 CAS CLINIQUE

Proposition d'un suivi par l'hypnose auprès d'une patiente, suite à l'annonce d'une maladie grave et incurable

36 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

MISE EN PAGE

We Atipik

weatipik.com | contact@weatipik.com



Crédit couverture : © ByeBye Hippocrate

Crédit Images : 123RF, AJG.

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.

CHÈRES LECTRICES, CHERS LECTEURS,

La médecine gériatrique tend à une prise en charge globale du patient, avec un axe principal qui est centré sur la prescription de thérapeutiques, mais aussi un axe non médicamenteux, tout aussi important.

Chez les personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs avec des troubles du comportement, l'intégration de ces thérapeutiques alternatives est essentielle à l'adhérence aux soins et à une prise en charge efficace.

Ces thérapies présentes dans nos services et structures d'exercice, sont souvent peu ou méconnues et s'inscrivent dans une pluridisciplinarité qui est le socle de notre prise en charge holistique.

Nous avons donc à cœur de mettre sur le devant de la scène ces différentes pratiques dans ce numéro.

L'article thématique ouvre cette gazette sur une thérapie parfois mal connue mais qui mérite toute notre intérêt : la musicothérapie.

Le focus gériatrique se concentre sur la place de l'ostéopathie chez les personnes âgées dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire.

La fiche métier met en lumière une profession peu connue pourtant incontournable dans notre domaine : animateur en EHPAD.

La fiche pratique nous présente l'aromathérapie et ses différentes indications chez les personnes âgées.

La fiche médicament nous dévoile le SNOEZELEN, pour stimulation multisensorielle visant à éveiller, canaliser et entretenir notre sensorialité.

Les Journées Annuelles des Jeunes Gériatres ont eu lieu les 5 et 6 juin à Bordeaux. Retour sur cette rencontre riche en émotions, en échanges et en verre de vin !

L'actu AJG nous invite à renouveler notre adhésion et dévoile les prochaines JAIG...

La bibliographie analyse une revue systématique et méta-analyse de l'acupuncture pour les troubles neurocognitifs légers.

Et nous finissons avec un **cas clinique** revenant sur la place de l'hypnose dans une prise en charge globale, pour différentes problématiques.

Nous espérons, qu'à l'issue de votre lecture, les thérapeutiques alternatives auront su se faire une place au cœur de votre pratique clinique !

Floriane BRIL & Sylvana HO-BING-HUANG



MUSICOTHÉRAPIE ET GÉRIATRIE

Les bienfaits de la musique sur le corps et la psyché humaine sont régulièrement cités et semblent faire l'unanimité auprès d'un grand nombre de nos concitoyens. Certains ont même évoqué un « effet Mozart » qui serait à l'origine d'un état de bien-être manifeste et observable. Les effets de la musique sont pourtant connus depuis l'antiquité. Les Grecs utilisaient déjà les propriétés de certaines pratiques musicales pour influencer "l'humeur et les humeurs" en utilisant divers instruments, le rythme et les sons.

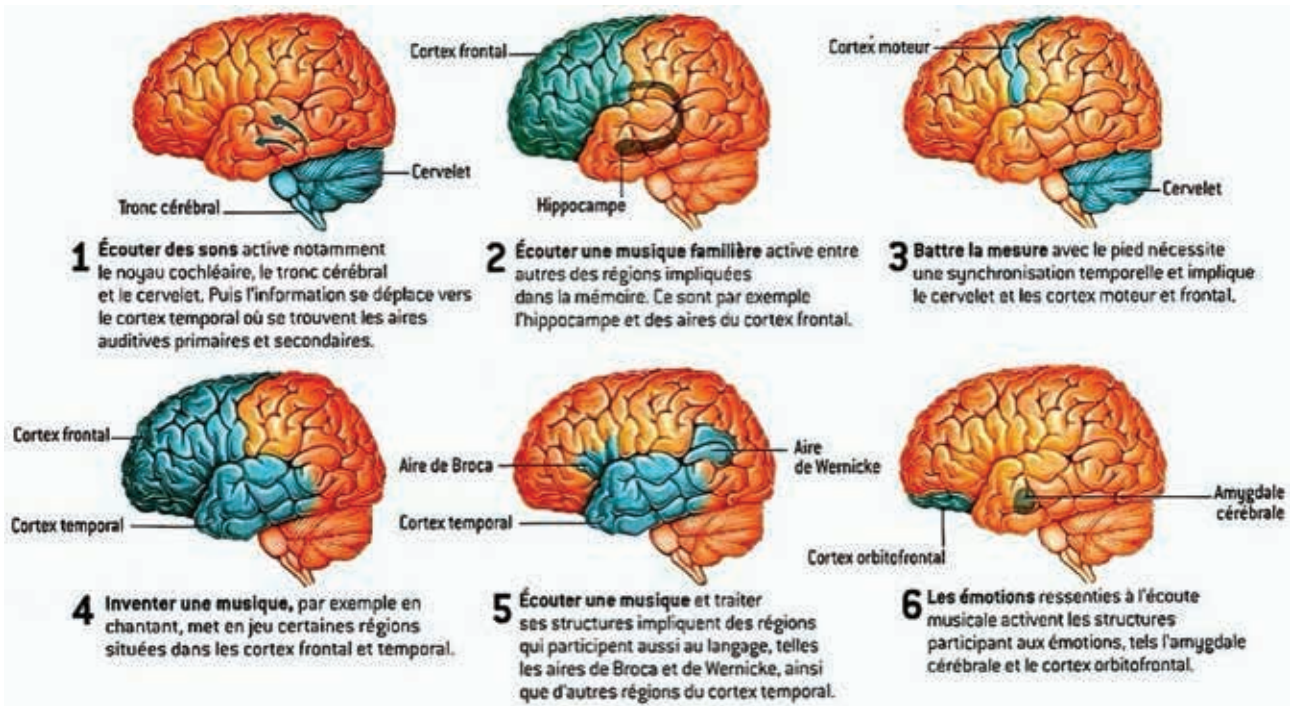
Il faut attendre la seconde moitié du 20^{ème} siècle pour voir réapparaître la musique en tant que thérapie pour soulager certains soldats victimes de pathologies post-traumatiques. Mais c'est un ingénieur du son français, Jacques JOST, qui va émettre l'hypothèse que la musique peut soigner. Sa rencontre avec le médecin psychiatre et psychanalyste argentin, le Docteur Rolando Omar BENENZON va être déterminante et lancer définitivement la musicothérapie comme une discipline paramédicale à part entière. Ils seront à l'origine de la création de la Fédération Mondiale de Musicothérapie.

QU'EST-CE QUE LA MUSICOTHÉRAPIE ?

La musicothérapie est une discipline paramédicale qui utilise le son, la musique, les bruits, la voix, le silence et certains mouvements corporels. Qu'elle soit active ou réceptive, son objectif est d'apporter du mieux-être et d'établir ou rétablir des canaux de communication avec soi-même et avec les autres.

L'objectif est d'entreprendre avec les patients un processus thérapeutique de mieux-être et de mieux-aller. Le thérapeute utilise la musique et des éléments mu-

sicaux pour promouvoir, maintenir, améliorer, voire restaurer la santé mentale, physique et émotionnelle des patients. Cette thérapie vise à améliorer la prise en charge par les autres thérapeutes et dans certains cas à réinsérer socialement les patients par le biais d'une plus grande autonomie. Les découvertes dans le domaine des neurosciences ont démontré que la musicothérapie stimule et renforce les parties saines du cerveau du patient par l'expression de sa créativité et de son affectivité dans un contexte non verbal.



Le musicothérapeute utilise les qualités non-verbales de la musique dans la relation thérapeutique pour :

- Rétablir les canaux de communication.
- Faciliter le contact et les interactions.
- Développer la conscience de soi.
- Favoriser l'apprentissage.
- Aider l'expression de ses émotions.
- Encourager la communication et le développement personnel.

La musicothérapie utilise des techniques différentes selon le domaine d'application : le chant, l'improvisation libre ou guidée au moyen d'instruments de musique et de la voix, écoute d'un ou plusieurs extraits musicaux, l'utilisation de bols "chantants"... Elle se caractérise par la place prépondérante accordée à l'expérience sonore et musicale dans le contenu des séances.

LA MUSICOTHÉRAPIE EN GÉRIATRIE

La musicothérapie s'adresse donc à un grand nombre de personnes quel que soit leur âge, leur besoin, leur éventuelle pathologie ou leur handicap. Et il n'est pas nécessaire d'avoir une formation musicale pour bénéficier de séances de musicothérapie.



Pour les adultes seniors, la musicothérapie s'utilise dans les cas de maladies neurologiques, de handicaps physiques, moteurs et/ou mentaux, de troubles neurologiques, de dépendance psycho-chimique ou encore de maladies ou douleurs physiques aiguës ou chroniques. Pour être plus précis et aborder les applications en gériatrie, citons quelques cas fréquemment rencontrés à l'hôpital ou en institution :

- Maladies neurodégénératives.
- Troubles comportementaux.
- Dépression de la personne âgée.
- Maladies ou troubles psychiatriques.
- Maladie incurable.
- Néoplasie.
- Perte d'autonomie.
- Accidents vasculaires cérébraux.

Outre ses effets reconnus sur la redynamisation de certaines zones du cerveau, la musicothérapie est souvent utilisée pour ses propriétés calmantes et relaxantes.

TROIS CAS CLINIQUES

M. B est un patient de 75 ans atteint d'une maladie d'Alzheimer au stade sévère. Il est prostré et ne communique plus avec son environnement. Il ne participe plus aux activités qui lui sont proposées. Il se contente d'assister à celles-ci et reste apathique. Après discussion avec l'équipe médicale, nous décidons de lui proposer d'assister à une séance de musicothérapie de groupe. Un entretien préalable avec un proche parent de M. donne une indication essentielle sur ses goûts musicaux ; il aime particulièrement la musique rock des années 50. Après un début de séance de présentation du programme de la séance, je décide de diffuser plusieurs « rock » connus. Lors de la diffusion du deuxième rock, le patient se redresse de sa chaise, ouvre les yeux et se lève. Il esquisse alors plusieurs pas de danse en rythme et invite une patiente à danser. Son comportement après la séance s'en est trouvé radicalement modifié avec un désir d'interaction avec son environnement renouvelé.

Mme M est une patiente de 72 ans présentant un tableau clinique évoquant une maladie à corps de Lewy. Elle n'a que peu d'interactions avec les autres patients et les équipes soignantes et parle peu. Les brèves discussions que nous avons avec la patiente nous laissent à penser que son profil psychiatrique est incertain, bien qu'elle n'ait jamais été réellement suivie et diagnostiquée. Après un test de réceptivité musicale qui confirme sa compatibilité avec la musicothérapie, j'effectue une séance individuelle dans la chambre de la patiente. Je choisis des extraits de musique classique avec un tempo lent et en tonalité majeure. Je suis assis en vis-à-vis mais décalé de 45° sur sa droite pour laisser un espace d'ouverture pour son regard et pour son corps. Lors de la diffusion du troisième extrait, elle interrompt la diffu-

sion et déclare qu'elle a quelque chose à partager avec moi. Elle entreprend alors de m'expliquer son histoire personnelle et celle de son fils schizophrène qui s'est défenestré devant elle... La musique dans ce cas semble avoir levé un blocage de communication qui s'était progressivement installé et probablement renforcé avec la survenue de sa maladie.

Mme T est une patiente de 83 ans. Elle est atteinte d'un cancer des os avec de nombreuses métastases. Elle est en phase terminale et bénéficie de soins palliatifs. Les journées sont bien longues pour cette patiente. Le chef de service de l'unité décide de prescrire une séance de musicothérapie réceptive pour la soulager. Après un bref entretien, la patiente accepte une séance et nous commençons à échanger autour de ses goûts musicaux. Après une quinzaine de minutes d'écoute durant lesquelles elle semble oublier quelque peu ses douleurs et sa maladie, une surprise vient interrompre notre séance : ses deux petites filles viennent d'arriver pour une visite impromptue. Compte-tenu du contexte, je décide de proposer à celles-ci de se joindre à la séance. Après une écoute attentive des chansons choisies par la patiente, nous entreprenons tous ensemble de fredonner et chanter sur des airs connus par tous et toutes (chansons françaises). La patiente nous déclare prendre beaucoup de plaisir à fredonner ces airs avec un sourire qui en dit long sur son état interne (EI). Après plus de 45 minutes, la séance se termine et je propose à la patiente de réaliser un ancrage psychocorporel afin qu'elle puisse retrouver cet état interne positif lors des futurs moments difficiles. La séance se conclue et nous laissons Mme T se reposer et capitaliser sur toutes ces émotions positives.

LE MUSICOTHÉRAPEUTE

Qu'il s'agisse d'une démarche personnelle ou d'un projet au sein d'un établissement hospitalier ou spécialisé, la musicothérapie fait intervenir un musicothérapeute. Ce thérapeute s'est formé pendant trois à cinq années et il a validé sa formation à l'hôpital, en institut ou en centre spécialisé. La rédaction d'un mémoire vient clore son cursus. Outre la formation musicale et en art-thérapie, le musicothérapeute a également suivi un cursus d'enseignement dans les disciplines médicales et para-

médicales, comme les neurosciences, la psychologie, la psychopathologie et d'autres domaines connexes. Les centres universitaires de formation à cette discipline sont répartis en France dans plusieurs régions ; citons Paris, Dijon, Caen, Bordeaux, Montpellier, Nantes... Tous ou presque associent un enseignement multidisciplinaire et des activités de recherche faisant l'objet de nombreuses publications scientifiques.

LE RÔLE DU MUSICOTHÉRAPEUTE

Au sein d'un établissement médicalisé, le musicothérapeute est intégré à part entière dans l'équipe soignante avec laquelle il dialogue pour non seulement établir un projet thérapeutique mais également pour constater les progrès et ajuster au mieux sa démarche thérapeutique en fonction du patient. Son approche fondée sur l'em-

pathie et l'adaptabilité est néanmoins guidée par une démarche scientifique visant à apporter du mieux-être ou conduire à la guérison. La concertation avec les équipes de santé est constante, c'est la raison pour laquelle le musicothérapeute doit être un thérapeute formé à cette spécialité.

UNE SÉANCE DE MUSICOTHÉRAPIE

Quel que soit le lieu, une séance de musicothérapie est préparée avec soin par le musicothérapeute. La séance suit un programme précis et un déroulé adapté au(x) patient(s) et à la situation, tout en laissant une large part à l'adaptation et à l'improvisation si besoin. Le musicothérapeute consigne ensuite toutes les informations utiles sur les supports de suivis thérapeutiques.

Il ne s'agit donc pas d'un temps d'écoute ou de pratique occasionnelle mais bien d'une séance construite avec une visée thérapeutique. Le déroulement d'une séance comprend une première étape d'accueil, puis une étape d'écoute et/ou de production musicale (qui peut être vocale), puis une étape conclusive pour consolider le travail thérapeutique.

LES PREUVES SCIENTIFIQUES

On ne compte plus les articles et revues apportant les preuves des bienfaits de la musicothérapie sur une grande variété de pathologies psychiques et somatiques. Selon Emmanuel BIGAND, professeur de psychologie cognitive, et Barbara TILLMANN, directrice de recherche au CNRS, "les effets émotionnels de la musique ne surprennent pas ceux qui ont l'habitude d'utiliser la musique en milieu hospitalier. Mais la grande nouveauté que révèlent aujourd'hui les neurosciences est d'entrevoir des effets encore plus fondamentaux de la musique sur le fonctionnement du cerveau : on observe dans de nombreuses pathologies ce pouvoir de la musique à rapprocher ceux qui se sont éloignés".

Parmi la bibliographie très abondante, citons également la méta-étude LA MUSIQUE COMME OUTIL DE STIMULATION COGNITIVE de Mme Aline Moussard (dans l'Année psychologique 1-2012-3-page-499) qui passe en revue les hypothèses et résultats d'études les plus significatives de cette discipline. La littérature n'est pas en reste et propose un nombre important d'ouvrages allant de la présentation de la discipline jusqu'au livres spécialisés décrivant les applications et exemples pratiques destinés aux musicothérapeutes et rééducateurs.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Il nous reste beaucoup à apprendre du fonctionnement du cerveau humain. La musique a pendant longtemps été étudiée comme un stimulus permettant de mieux entrevoir les capacités de traitement au niveau des différentes zones du cortex (auditif, moteur, zones de la mémoire, ...). Ces dernières années, la recherche s'est davantage focalisée sur les effets de la musique sur les patients notamment en ce qui concerne les circuits émotionnels et circuit de la récompense et également sur les systèmes de régulation du stress et de l'anxiété. Les publications plus récentes ont mis en lumière les effets étonnants de la musique sur la plasticité neuronale, la neurogénèse, la remédiation cognitives et le vieillissement cellulaire du système nerveux central. Une nouvelle branche de la musicothérapie, la neuromusicothérapie (NMT), a également vu le jour ; la NMT propose de

rétablir totalement ou en partie des fonctions cognitives dégradées, grâce à un ensemble de protocoles très précis et codifiés donc observables et reproductibles. La musique, de par son universalité et ses effets bénéfiques désormais démontrés scientifiquement, est appelée à occuper une place de plus en plus prépondérante dans la panoplie des approches thérapeutiques. Il n'en demeure pas moins que, malgré les nombreuses études scientifiques apportant les preuves de son efficacité, la musicothérapie n'est toujours pas intégrée comme discipline paramédicale et peine à trouver sa place dans notre système de santé. Il reste à espérer que les approches thérapeutiques non médicamenteuses dont fait partie la musicothérapie et que la science a validé, trouvent la place qu'elles méritent.

BIBLIOGRAPHIE

- Altenmüller, E.O. (2001). How many music centers are in the brain? *Annals New York Academy of Science*, 930, 273-280.
- Baird, A., Samson, S. (2009). Memory for music in Alzheimer's disease: Unforgettable? *Neuropsychology Review*, 19, 85-101.
- Bachelard, G. (1938-2004). *La formation de l'esprit scientifique*. Paris : Editions J. Vrin, Librairie Philosophique.
- Baker, F. (2001). The effects of live, taped, and no music on people experiencing posttraumatic amnesia. *Journal of Music Therapy*, 38, 170-192.
- Barbezier, N., Tessier, F., Chango, A. (2014). Receptor of advanced glycation end-products RAGE/AGER: an integrative view for clinical applications. *Annales de Biologie Clinique* (Vol. 72, num. 6, Nov-Déc 2014, 72(6) ; 669-80.
- Belleville, S., Clément, F., Mellah, S., Gilbert, B., Fontaine, F., Gauthier, S. (2011). Training-related brain plasticity in subjects at risk of developing Alzheimer's disease. *Brain*.
- Benenson, R., (1992). *Théorie de la musicothérapie*. Parempuyre, France : Edition du Non Verbal (trad : Gérard Ducourneau).
- Bigand, E., Tillmann, B. (2020). *La symphonie neuronale*. Paris : Edition Humen Sciences, coll. Santé.
- Blood, A. J., Zatorre, R. J. (2001). Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *National Academy of Sciences of the United States of America*, 98, 11818-11823.
- Brotons, M., Koger, S. M. (2000). The impact of music therapy on language functioning in dementia. *Journal of Music Therapy*, 37, 183-195.
- Callan, D. E., Tsytarev, V., Hanakawa, T., Callan, A. M., Katsuhara, M., Fukuyama, H., Turner, R. (2006). Song and speech: brain regions involved with perception and covert production. *Neuroimage*, 31, 1327-1342.
- Calvert, S. L., Tart, M. (1993). Song versus verbal forms for very long-term, long-term, and short-term verbatim recall. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 14, 245-260.
- Casby, J. A., Holm, M. B. (1994). The effect of music on repetitive disruptive vocalizations of persons with dementia. *The American Journal of Occupational Therapy*, 48, 883-889.
- Ceccato E, Vigato G, Bonetto C, Bevilacqua A, Pizziolo P, Crociani S, Zanfretta E, Pollini L, Caneva PA, Baldin L, Frongillo C, Signorini A, Demoro S, Barchi E. STAM protocol in dementia: a multicenter, single-blind, randomized, and controlled trial. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2012 Aug;27(5):301-10.
- Chabert, C., Verdon, B., (2008). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Paris : Presse Universitaire de France, Quadrige manuels.
- Chu H, Yang CY, Lin Y, Ou KL, Lee TY, O'Brien AP, Chou KR. The impact of group music therapy on depression and cognition in elderly persons with dementia: a randomized controlled study. *Biol Res Nurs*. 2014 Apr;16(2):209-17.
- Dali-Youcef, N., (2010). Les produits de fin de glycation des protéines (AGEs) et leur récepteur en pathologie. *Médecine des Maladies Métaboliques*, Déc. 2010, Vol. 4, n°6, 623-632
- Dalla Bella, S., Peretz, I., Rousseau, L., Gosselin, N. (2001). A developmental study of the affective value of tempo and mode in music. *Cognition* 80, B1-B10.
- Drake, C., Penel, A., Bigand, E. (2000). Tapping in time with mechanically and expressively performed music. *Music Perception*, 18, 1-25.
- Ducourneau, G. (2014). *Éléments de musicothérapie* (2^{ème} édition). Malakoff, France : Dunod, coll. Psychothérapies pratiques.
- Foster, N. A., Valentine, E. R. (2001). The effect of auditory stimulation on autobiographical recall in dementia. *Experimental aging research*, 27, 215-228.
- Fukui, H., Toyoshima, K. (2008). Music facilitates the neurogenesis, regeneration and repair of neurons. *Medical Hypotheses*, 71, 765-769.
- Gendarme, M., (1994). *L'émergence du signe*. Parempuyre, France : Edition du Non Verbal, coll. Les Cahiers.
- Gomez, P., Danuser, B. (2007). Relationships between musical structure and psychophysiological measures of emotion. *Emotion*, 7, 377-387.
- Grant, M. D., Brody, J. A. (2004). Musical experience and dementia. Hypothesis. *Aging Clinical and Experimental Research*, 16, 403-405.
- Groussard, M., La Joie, R., Rauchs, G., Landeau, B., Chételat, G., Viader, F., Platel, H. (2010). When music and long-term memory interact: Effects of musical expertise on functional and structural plasticity in the hippocampus. *Plos One*, 5, e13225.
- Guétin, S., Portet, F., Picot, M.-C., Defez, C., Pose, C., Blayac, J.-P., Touchon, J., (2009). Intérêts de la musicothérapie sur l'anxiété, la dépression des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. *Psychogériatrie - L'Encéphale* (2009) 35, 57-65
- Habib, M., Besson, M. (2008). Langage, musique et plasticité cérébrale : Perspectives pour la rééducation. *Revue de Neuropsychologie*, 18, 103-126.
- Hallam, S., Cross, I., Thaut, M. (2009). *The Oxford Handbook of Music Psychology*. Oxford, NY: Oxford University Press.
- Herdener, M., Esposito, F., di Salle, F., Boller, C., Hiltl, C. C., Habermeyer, B., Cattapan-Ludewig, K. (2010). Musical training induces functional plasticity in human hippocampus. *Journal of Neurosciences*, 30, 1377-1384.
- Huron, D. (2001). Is Music an Evolutionary Adaptation? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 930, 43-61.
- Hyde, K. L., Lerch, J., Norton, A., Forgeard, M., Winner, E., Evans, A. C., Schlaug, G. (2009). Musical training shapes structural brain development. *The Journal of Neuroscience*, 29, 3019-3025.
- Irish, M., Cunningham, C. J., Walsh, J. B., Coakley, D., Lawlor, B. A., Robertson, I. H., Coen, R. F. (2006). Investigating the enhancing effect of music on autobiographical memory in mild Alzheimer's disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 22, 108-120.
- Jäncke, L. (2008). Music, memory and emotion. *Journal of Biology*, 7, 21.

- Johnson, J. K., Cotman, C. W., Tasaki, C. S., Shaw, G. L. (1998). Enhancement of spatial-temporal reasoning after a Mozart listening condition in Alzheimer's disease: a case study. *Neurological Research*, 20, 666-672.
- Juslin, P. N., Västfjäll, D. (2008). Emotional responses to music: the need to consider underlying mechanisms. *The Behavioral and Brain Sciences*, 31, 559-575.
- Koelsch, S. (2010). Towards a neural basis of music-evoked emotions. *Trends in Cognitive Sciences*, 14, 131-137.
- Kraus, N., & Chandrasekaran, B. (2010). Music training for the development of auditory skills. *Nature Reviews. Neuroscience*, 11, 599-605.
- Lamont, A. (2003). Musical Preference and Musical Memory in the Early Years. Paper presented at the *Neurosciences and Music Congress*.
- Latendresse, C., Larivée, S., & Miranda, D. (2006). La portée de l'effet Mozart. Succès souvenirs, fausses notes et reprises. *Canadian Psychology*, 47, 125-141.
- Lecourt, E., (2014). *La musicothérapie* (1^{ère} édition, 4^{ème} tirage). Paris, France : Editions Eyrolles.
- Lejeune, A., Desana, M.-O., Ducloy, I. (2011). *Musique, mouvement et maladie d'Alzheimer*. Marseille : Editions Solal, coll. Résiliences.
- Lemarquis, P., (2009). *Sérénade pour un cerveau musicien* (1^{ère} édition, 2^{ème} tirage). Paris, France : Editions Odile Jacob Sciences.
- Levitin, D., J. (2006). *This Is Your Brain on Music* (1^{ère} édition). Ed : Penguin Random House, USA
- Lim, I., Van Wegen, E., De Goede, C., Deutekom, M., Nieuwboer, A., Willems, S., Kwakkel, G. (2005). Effects of external rhythmical cueing on gait in patients with Parkinson's disease: A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 19, 695-713.
- Logan, J. M., Sanders, A. L., Snyder, A. Z., Morris, J. C., Buckner, R. L. (2002). Under-recruitment and nonselective recruitment: Dissociable neural mechanisms associated with aging. *Neuron*, 33, 827-840.
- McAdams, S., Bigand, E. (1994). *Penser les sons*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Molinari, M., Leggio, M. G., DeMartin, M., Cerasa, A., Thaut, M. H. (2003). Neurobiology of rhythmic motor entrainment. *Annals of the New York Academy of Science*, 999, 313-321.
- Moussard, A., Bigand, E., Belleville, S., Peretz, I. (in press). Music as an aid to learn new verbal information in Alzheimer's disease. *Music Perception*.
- Nantais, K. M., Schellenberg, E. G. (1999). The Mozart Effect: An Artifact of Preference. *Psychological Science*, 10, 370-373.
- Norberg, A., Melin, E., Asplund, K. (2003). Reactions to music, touch and object presentation in the final stage of dementia: an exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 473-479.
- Ogay, S., Ploton, L., Menuhin, Y. (1996). *Alzheimer, Communiquer grâce à la musicothérapie*. Paris : L'Harmattan.
- Overy, K., & Turner, R. (2009). The rhythmic brain. *Cortex*, 45, 1-3.
- Pantev, C., Ross, B., Fujioka, T., Trainor, L. J., Schulte, M., Schulz, M. (2003). Music and learning-induced cortical plasticity. *Annals of the New York Academy of Science*, 999, 438-450.
- Pantev, C., Wollbrink, A., Roberts, L. E., Engelien, A., Lütkenhöner, B. (1999). Short-term plasticity of the human auditory cortex. *Brain Research*, 842, 192-199.
- Patel, A. D. (2008b). *Music, language, and the brain*. New York: Oxford University Press.
- Patel, A. D., Wong, M., Foxton, J., Lochy, A., Peretz, I. (2008). Speech intonation perception deficits in musical tone deafness (congenital amusia). *Music Perception*, 25, 357-368.
- Perani, D., Saccuman, M. C., Scifo, P., Spada, D., Andreolli, G., Rovelli, R., S., K. (2010). Functional specializations for music processing in the human newborn brain. *National Academy of Sciences of the United States of America*, 107, 4758-4763.
- Peretz, I. (2009). Music, language and modularity in action. In P. Rebuschat, M. Rohrmeier, J. Hawkins, & I. Cross, (Eds.), *Language and music as cognitive systems*. Oxford University Press.
- Peretz, I., Gagnon, L., Bouchard, B. (1998). Music and emotion: perceptual determinants, immediacy and isolation after brain damage. *Cognition*, 68, 111-141.
- Peretz, I., (2018). *Apprendre la musique* (1^{ère} édition). Paris, France : Odile Jacob.
- Personne, M. et al., (2011). *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (1^{ère} édition). Toulouse, France : Editions Erès.
- Pongan E, Tillmann B, Leveque Y, Trombert B, Getenet JC, Auguste N, Dauphinot V, El Haouari H, Navez M, Dorey JM, Krolak-Salmon P, Laurent B, Rouch I; LACMé Group. Can Musical or Painting Interventions Improve Chronic Pain, Mood, Quality of Life, and Cognition in Patients with Mild Alzheimer's Disease? Evidence from a Randomized Controlled Trial. *J Alzheimers Dis*. 2017;60(2):663-677.
- Racette, A., Peretz, I. (2007). Learning lyrics: To sing or not to sing? *Memory and cognition*, 35, 242-253.
- Rauscher, F. H., Shaw, G. L., Ky, K. N. (1993). Music and spatial task performance. *Nature*, 365, 661.
- Repp, B. H., Penel, A. (2004). Rhythmic movement is attracted more strongly to auditory than to visual rhythms. *Psychological research*, 68, 252-270.
- Resnicow, J. E., Salovey, P., Repp, B. H. (2004). Is recognition of emotion in music performance an aspect of emotional intelligence? *Music Perception*, 22, 145-158.
- Rohkamm, R., (2016). *Atlas de poche de Neurologie* (2^{ème} édition). Paris : Lavoisier Médecine Sciences.
- Salimpoor, V. N., Benovoy, M., Larcher, K., Dagher, A., Zatorre, R. J. (2011). Anatomically distinct dopamine release during anticipation and experience of peak emotion to music. *Nature Neuroscience*, 14, 257-262.
- Sambandham, M., Schirm, V. (1995). Music as a nursing intervention for residents with Alzheimer's disease in long-term care. *Geriatric Nursing*, 16, 79-83.
- Sacks, O., (2007-2009). *Musicophilia* (1^{ère} édition). Paris, France : Editions du Seuil.

- Särkämö T, Tervaniemi M, Laitinen S, Numminen A, Kurki M, Johnson JK, Rantanen P. (2013). Cognitive, emotional, and social benefits of regular musical activities in early dementia: randomized controlled study. *Gerontologist*. 2014 Aug; 54(4):634-50.
- Satoh, M., Kuzuhara, S. (2008). Training in mental singing while walking improves gait disturbance in Parkinson's disease patients. *European Neurology*, 60, 237-243.
- Schellenberg, E. G., Nakata, T., Hunter, P. G., Tamoto, S. (2007). Exposure to music and cognitive performance: Tests of children and adults. *Psychology of Music*, 35, 5-19.
- Schlaug, G. (2003). The brain of musicians. In I. Peretz, & R. J. Zatorre, (Eds.), *The Cognitive Neuroscience of Music* (pp. 366-381). New York: Oxford University Press.
- Schulkind, M. D., Hennis, L. K., Rubin, D. C. (1999). Music, emotion, and autobiographical memory: They're playing your song. *Memory and Cognition*, 27, 948-955.
- Siedliecki, S. L., Good, M. (2006). Effect of music on power, pain, depression and disability. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 553-562.
- Simmons-Stern, N. R., Budson, A. E., Ally, B. A. (2010). Music as a memory enhancer in patients with Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 48, 3164-3167.
- Solé, C., Mercadal-Brotons, M., Gallego, S., Riera, M. (2010). Contributions of music to aging adults' quality of life. *Journal of Music Therapy*, 47, 264-281.
- Sparks, R. W., & Holland, A. L. (1976). Method: Melodic Intonation Therapy for Aphasia. *The Journal of Speech and Hearing Disorders*, 41, 287-297.
- Steele, K., Dalla Bella, S., Peretz, I., Dunlop, T., Dawe, L., Humphrey, G., Olmstead, C. (1999). Prelude or requiem for "The Mozart effect"? *Nature*, 400, 827-828.
- Styns, F., Van Noorden, L., Moelants, D., Leman, M. (2007). Walking on music. *Human Movement Science*, 26, 769-785.
- Svansdottir, H. B., Snaedal, J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study. *International Psychogeriatrics*, 18, 613-621.
- Thaut, M., Hoemberg, V., (2014-2019). *Manuel clinique de rééducation par la musique* (1^{ère} édition). Paris, France : DeBoeck Supérieur.
- Thompson, W. F., Schellenberg, E. G., Husain, G. (2001). Arousal, mood, and the Mozart effect. *Psychological Science*, 12, 248-251.
- Tillmann, B., Dowling, W. J. (2007). Memory decreases for prose, but not for poetry. *Memory and Cognition*, 35, 628-639.
- Trainor, L. J. (2008). Science & music: the neural roots of music. *Nature*, 453, 598-599.
- Trehub, S. E. (2003). The developmental origins of musicality. *Nature Neuroscience*, 6, 669-673.
- Ukkola-Vuoti, L., Oikkonen, J., Onkamo, P., Karma, K., Raijas, P., Järvelä, I. (2009). Musical aptitude is associated with AVRP1A-Haplotypes. *Plos One*, 4(5), 1-8.
- Van der Winckel, A., Feys, H., De Weerd, W., Dom, R. (2004). Cognitive and behavioral effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clinical rehabilitation*, 18, 253-260.
- Verdeau-Paillès, J., Luban-Plozza, B., Delli Ponti, M. (2008). *La troisième oreille et la pensée musicale*. Courlay, France : Edition Fuzeau, coll. Consonance.
- Vrait, F.-X., (2018). *La musicothérapie*. Paris : Que sais-je. Presses Universitaires de France.
- Wallace, W. T. (1994). Memory for music: Effect of melody on recall of text. *Journal of Experimental Psychology. Learning, Memory, and Cognition* 20, 1471-1485.
- Wan, C. Y., Schlaug, G. (2010). Music making as a tool for promoting brain plasticity across the life span. *Neuroscientist*, 16, 566-577.
- Wheeler, B., Shiflett, S., Nayak, N. (2003). Effects of number of sessions and group or individual music therapy on the mood and behaviour of people who have had strokes or traumatic brain injury. *Nordic Journal of Music Therapy*, 12, 139-151.
- Wilfart, S., (1994). *Le chant de l'Être*. Paris : Albin Michel, coll. Espaces libres.
- Wise, G. W., Hartmann, D. J., Fisher, B. J. (1992). Exploration of the relationship between choral singing and successful aging. *Psychological Reports*, 70, 1175-1183.
- Wong, P. C. M., Skoe, E., Russo, N. M., Dees, T., Kraus, N. (2007). Musical experience shapes human brainstem encoding of linguistic pitch patterns. *Nature Neuroscience*, 10, 420-422.

Frédéric ALBINET Musicothérapeute Clinicien

Frédéric ALBINET est Musicothérapeute Clinicien et exerce au sein d'hôpitaux, d'institution et également en libéral. Il est également titulaire d'une certification en neuromusicothérapie et du DIU Psychopathologie et Affections Neurologiques. Il explore également en thérapie psychocorporelle les mécanismes de régulation du système nerveux autonome et ses conséquences sur les parents et les soignants.

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES



OSTÉOPATHIE ET PERSONNES ÂGÉES : QUELLE PLACE DANS LE PARCOURS GÉRIATRIQUE ?

INDICATIONS, SÉCURITÉ, COORDINATION ET MESSAGES CLÉS POUR LE JEUNE GÉRIATRE

VIGNETTE CLINIQUE

Mme J., 89 ans, veuve, consulte un ostéopathe pour une lombosciatalgie apparue quelques semaines après une chute à domicile ayant entraîné une hospitalisation prolongée. Elle décrit des douleurs mécaniques fluctuantes, une sensation d'instabilité sans vertiges, et confie une lassitude liée à l'isolement. La demande initiale porte

sur un soulagement de la douleur et une reprise d'autonomie. L'ostéopathe réalise un triage clinique, écarte les drapeaux rouges et propose une prise en charge coordonnée avec le médecin traitant et le kinésithérapeute, avec objectifs fonctionnels partagés et réévaluation programmée.

POURQUOI LES PERSONNES ÂGÉES CONSULTENT UN OSTÉOPATHE ?

Les consultations en ostéopathie chez le sujet âgé concernent le plus souvent des douleurs rachidiennes d'origine dégénérative, des séquelles de traumatismes (notamment après chute), des raideurs fonctionnelles ou des troubles de l'équilibre (vertiges/instabilités). Derrière ces symptômes, les enjeux psychosociaux sont fréquents : isolement social, difficulté d'accès aux soins conventionnés, attentes fortes en matière d'autonomie

et de confort. Chez certains patients âgés, la consultation ostéopathique – souvent d'une durée de 45 minutes – offre un espace privilégié pour une évaluation clinique complète, mais aussi pour aborder le contexte psychosocial et les inquiétudes exprimées. Cette disponibilité explique en partie l'attrait de l'ostéopathie et peut constituer un levier pour réengager certains patients âgés en errance thérapeutique.

CE QUE FAIT L'OSTÉOPATHE

Dans une approche centrée sur la personne, l'ostéopathe réalise au préalable un examen clinique incluant un triage clinique, étape diagnostique permettant la distinction des situations compatibles avec une approche ostéopathe (douleurs mécaniques simples) de celles imposant une évaluation médicale prioritaire (fracture, infection, déficit neurologique, douleur atypique). Chez la personne âgée, ce triage doit intégrer non seulement la recherche de drapeaux rouges, mais aussi l'évaluation de la fragili-

té et du risque iatrogène (inhérent à une médication mal observée ou devenue inadéquate). Les techniques utilisées (mobilisations articulaires, manipulations adaptées, relâchement des tissus mous) ont pour objectif de soulager la douleur, restaurer une mobilité fonctionnelle et faciliter la remobilisation. Cette démarche reste complémentaire et ne se substitue en aucun cas aux traitements médicaux ou de kinésithérapie lorsque ceux-ci sont nécessaires.

INDICATIONS À TRAITER ET SITUATIONS À EXCLURE

L'ostéopathie chez la personne âgée doit être envisagée uniquement comme une approche complémentaire, intégrée dans un suivi coordonné avec le corps médical et le kinésithérapeute. Ses indications concernent essentiellement les douleurs musculosquelettiques mécaniques, certaines douleurs irradiantes non spécifiques et les raiders séquellaires d'immobilisation ou d'hospitalisation.

En revanche, toute douleur d'allure systémique, tout déficit neurologique aigu, ou toute suspicion de fracture, d'infection, de cancer, de syndrome de la queue de cheval, de céphalée brutale, d'altération inexpliquée de l'état général ou autres tableaux cliniques défavorables doivent conduire à une orientation médicale prioritaire.

EFFICACITÉ ATTENDUE ET MÉCANISMES PLAUSIBLES

Les données disponibles suggèrent des effets modestes mais cliniquement utiles à court terme sur la douleur et la fonction dans les troubles musculosquelettiques, sous réserve d'un triage clinique rigoureux et d'une adaptation des techniques. Plusieurs travaux évoquent une réduction de la douleur d'environ 1 à 2 points sur des échelles validées, et des gains fonctionnels à court/moyen terme ; l'hétérogénéité des essais appelle toutefois à la prudence d'interprétation. Les mécanismes plausibles com-

binent une modulation neurophysiologique de la douleur (contrôles inhibiteurs, proprioception), l'alliance thérapeutique et relationnelle (écoute, rassurance, attentes), l'éducation et les conseils pratiques, ainsi que l'exposition graduée au mouvement favorisant la désensibilisation et la levée de la kinésiophobie. Des effets non spécifiques, tels que la relaxation, la diminution du tonus musculaire ou une amélioration transitoire de la circulation locale, peuvent également contribuer aux bénéfices observés.

SÉCURITÉ ET ADAPTATION DES TECHNIQUES

La sécurité repose sur l'évaluation des comorbidités, la prise en compte des médicaments à risque (anti-thrombotiques, corticoïdes, antihypertenseurs, etc.) et l'adaptation des techniques (éviter les manipulations à haute vélocité en contexte à risque, privilégier des approches

douces et indolores). L'écoute active, l'empathie et la règle de non-douleur guident le dosage. Une réévaluation précoce (10–20 jours) permet d'objectiver l'évolution (par utilisation de marqueurs cliniques tels que le périmètre de marche, TUG, etc.).

CADRE FRANÇAIS ET COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

En France, l'usage du titre et l'exercice de l'ostéopathie sont encadrés par la loi de 2002 et par les décrets de 2007–2008. La formation a été profondément réformée en 2014 avec l'instauration d'un référentiel national de cinq ans (4 860 heures), actualisé en 2021. Deux profils coexistent : des praticiens issus d'une filière médicale ou paramédicale et des ostéopathes formés en cursus initial. L'exercice est majoritairement libéral. La durée d'une

consultation ostéopathe est en moyenne de 45 minutes ; les actes ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie mais souvent pris en charge par les mutuelles. L'enseignement met l'accent sur le consentement éclairé, la traçabilité (objectifs, techniques, tolérance, conseils) et la communication interprofessionnelle. Dans ce contexte, le gériatre conserve un rôle pivot, garantissant la coordination et la hiérarchisation des priorités de soins

ORGANISATION PRATIQUE ET COORDINATION

En pratique libérale, la coordination entre ostéopathe, kinésithérapeute et médecin est souhaitable. La consultation ostéopathique permet un recueil approfondi des attentes et un examen fonctionnel global. Le kinésithérapeute assure quant à lui la prise en charge active dans la durée (réentraînement, équilibre, prévention des

chutes). L'ostéopathie peut intervenir en amont pour moduler la douleur et faciliter une reprise douce du mouvement, en complément d'un programme structuré de kinésithérapie. Toute aggravation atypique doit conduire à une réorientation médicale rapide.

10 RÈGLES DE SÉCURITÉ ENSEIGNÉES AUX OSTÉO

- Vérifier systématiquement les drapeaux rouges et noirs.
- Évaluer la fragilité (CFS, chutes, hypotension orthostatique, dénutrition, cognition).
- Recenser les traitements à risque (AVK/AOD, antiagrégants, corticothérapie prolongée).
- Adapter les techniques : privilégier les approches douces ; éviter les manipulations à risque.
- Obtenir un consentement éclairé avec objectifs réalistes et alternatives discutées.
- Doser la séance et prévoir des pauses ; surveiller fatigue et vertiges.
- Assurer la traçabilité : objectifs, techniques, tolérance, conseils, critères de suivi.
- Proposer des exercices simples et sécurisés en fin de consultation (≤ 10 min/j).
- Prévoir une réévaluation courte (1 à 2 semaines) avec métriques simples (NRS, TUG).
- S'informer rapidement et réévaluer rapidement si atypies ou aggravation (avis médical, imagerie selon contexte).

CE QUE LE GÉRIATRE PEUT ATTENDRE D'UN CABINET D'OSTÉOPATHIE BIEN INTÉGRÉ

- Un courrier retour structuré sous 48h (motif, triage, techniques, objectifs, conseils, critères de suivi).
- Des objectifs co-définis et une fenêtre de prise en charge courte (2–3 séances).
- Des techniques adaptées au profil gériatrique et aux thérapeutiques en cours.
- Une coordination claire avec la kinésithérapie (programme actif, équilibre, prévention des chutes).
- Des mesures de suivi simples.
- Une éducation centrée sur la douleur mécanique, l'activité physique et la gestion graduée de l'activité.
- Une traçabilité soignée et des échanges sécurisés avec l'équipe soignante.
- Des critères d'arrêt/échec explicités (pas d'amélioration, aggravation, nouveaux signes).



CONCLUSION

Intégrée à un parcours coordonné, l'ostéopathie peut apporter un soulagement complémentaire et favoriser la remobilisation des personnes âgées présentant des douleurs mécaniques, à condition d'un triage rigoureux, d'une adaptation prudente des techniques et d'objectifs fonctionnels réalistes. La collaboration étroite avec le gériatre et le kinésithérapeute demeure essentielle pour sécuriser et hiérarchiser les interventions au service de l'autonomie du patient.

Antoine CRÉTAL

Ostéopathe DO EI

Superviseur clinique au CCO de l'IdHEO Nantes

Chargé de cours à l'IdHEO Nantes

Membre du Syndicat National des Ostéopathes du Sport

Diplômé de l'École Supérieure d'Ostéopathie de Paris

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES



ANIMATEUR EN EHPAD

Le métier d'animateur en EHPAD joue un rôle essentiel dans la vie de l'établissement. À travers leurs missions et leur engagement quotidien, les animateurs contribuent au bien-être des résidents et à la mise en place d'activités adaptées à chacun.

Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

Je suis Nathalie, aide-soignante en activité depuis 1986 et à l'animation depuis 2002. Parallèlement, je suis référente Snoezelen, soins esthétiques, modelage et soins des pieds.

Qu'est-ce qui vous a amenée à devenir animatrice en EHPAD ?

J'aime le contact avec les personnes âgées, la satisfaction du résident (offrir un moment de plaisir instantané). Je suis motivée par les résultats : leur sourire, les petites améliorations du quotidien. Il y a aussi le côté thérapeutique (améliorer la pathologie), être dans l'action et travailler dans l'urgence (casser leurs routines).

En quoi consiste concrètement votre rôle d'animateur en EHPAD ?

L'animateur en EHPAD a plusieurs rôles :

- Accompagner les nouveaux résidents dès leur arrivée.
- Rendre le lieu de vie du résident le plus accueillant possible (décorations intérieures et extérieures...



- Animer le quotidien du résident en le rendant acteur :
 - ◆ Maintenir et améliorer les capacités et l'autonomie des personnes.
 - ◆ Rompre l'isolement de la personne âgée.
 - ◆ Entretenir en permanence une dynamique.
 - ◆ Contribuer au bien-être du résident par l'écoute.
 - ◆ Maintenir la motivation et le désir de vivre par des activités diverses.
 - ◆ Permettre aux résidents d'établir des liens avec l'extérieur (poste, banque, courses, rendez-vous...).
 - ◆ Favoriser les échanges intergénérationnels (liens avec des écoles, bibliothèques, centres sociaux...).
- Établir la relation avec l'ensemble des membres de l'établissement :
 - ◆ Renseigner le personnel sur les activités et la dynamique à développer.
 - ◆ Faire participer les membres de l'équipe à la soutenance des projets d'activités, à la motivation et à l'implication des personnes âgées.

L'animateur est, en fin de compte, un moteur du lien social, au cœur de la vie du résident.

À quoi ressemble une journée type pour vous ?

Le poste débute à 9 h. Nous participons aux transmissions le matin, puis nous distribuons le journal et le courriers aux résidents. Ensuite, nous passons à l'installation de la salle : café, jus de fruits, etc., et laissons venir les résidents à leur convenance. Un temps administratif nous est dédié pour la prise de connaissance des mails... Les animations dans les services commencent à partir de 10h30, selon le planning de la semaine. En ce qui me concerne, je pratique des séances Snoezelen le mardi toute la journée et des séances « d'urgence », c'est-à-dire des soins des pieds et du modelage à la demande des services et des résidents. Le midi, nous aidons à la prise des repas. L'après-midi s'enchaîne sur des animations selon le planning. Nous ramenons enfin les résidents dans leur service approprié.

Quelles sont les activités que vous proposez aux résidents ?

Les activités proposées aux résidents sont diverses et variées, selon leurs envies surtout. Nous pouvons pratiquer des quizz, ateliers mémoire, cirque, sport, chorale, chants, loto, danse ou des activités plutôt manuelles (couture, jardinage pour entretenir le potager de l'EHPAD). Les sorties rythment aussi les semaines (marché, nature, ville, restaurant, cimetière, spectacle, visites et projets inter-établissements, établissements scolaires...).

Travaillez-vous seule ou en équipe ? Avec quels autres professionnels collaborez-vous régulièrement ?

Nous sommes trois animateurs au sein de l'EHPAD, mais nous travaillons avec tous les professionnels de santé. En interne, nos principaux intervenants sont les cadres, l'éducateur sportif, le psychologue, le médecin, l'infirmière et l'ergothérapeute. En interservices, nous travaillons avec l'assistante sociale, l'accueil de jour, le service restauration, le transport, la communication, la pédiatrie, le service économique, le service technique, le service de l'aumônerie et la coiffeuse de l'établissement. Comme dit plus tôt, nous sommes aussi un lien avec l'extérieur lors de l'organisation de nos sorties ou de nos événements (équipes de bénévoles, CCAS, bibliothèque municipale, écoles, mairie...).

Quelles qualités pensez-vous qu'il faut avoir pour être un bon animateur auprès des aînés ?

Je pense qu'il est nécessaire d'avoir un sens de l'organisation et de la planification des activités sur le terrain. Être animateur, c'est aussi avoir la capacité à intégrer, fédérer et encadrer les bénévoles de l'établissement. Mais surtout, nous devons avoir une grande capacité d'écoute et d'observation, de la patience face au public, mais aussi auprès des familles, tout ceci dans une discrétion professionnelle.

Au final, avec les nombreux intervenants auxquels nous avons affaire, la diplomatie, l'écoute et la bienveillance sont nos qualités principales.

M^{me} Nathalie CHIREZ
Aide-soignante à l'EHPAD MARCELINE
DESBORDES VALMORE à DOUAI
Retranscrit par **D^r Sandra BRISSART**

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

GUIDE DES BONNES PRATIQUES EN AROMATHÉRAPIE POUR LE SUJET ÂGÉ

L'aromathérapie, ou thérapie par les huiles essentielles, représente une alternative naturelle pouvant soulager certains troubles fonctionnels du sujet âgé, tout en s'intégrant dans une approche globale de soins. Cependant, son utilisation chez la personne âgée requiert des précautions spécifiques, compte tenu de la fragilité liée à l'âge, des pathologies chroniques et des interactions médicamenteuses potentielles. Ce guide a pour objectif de rappeler les bonnes pratiques et les précautions à respecter pour une utilisation de l'aromathérapie en gériatrie.

DÉFINITION DE L'AROMATHÉRAPIE

L'aromathérapie est une discipline de la phytothérapie qui utilise les huiles essentielles (HE) extraites de plantes aromatiques, dans un but préventif ou thérapeutique. Elle peut être employée en complément de traitements médicaux classiques ou d'autres approches alternatives, mais ne doit en aucun cas s'y substituer.



LES BONNES PRATIQUES D'UTILISATION

CHOISIR UNE HUILE DE QUALITÉ



- 100 % **pure** : Non diluée, sans ajout
- 100 % **naturelle** : Sans solvants ni additifs
- 100 % **intégrale** : Composition complète

CONSERVATION



- **À l'abri** de la **lumière**, de la **chaleur** et de l'**humidité**
- Dans un **flacon en verre ambré** bien fermé
- Durée : **5 ans maximum** (sauf agrumes : 2-3 ans)

HYGIÈNE & PRÉCAUTIONS



- **Se laver les mains** avant/ après utilisation
- **Éviter le contact** avec les **yeux et muqueuses**
- **Respecter les doses et la fréquence**
- Faire un **test cutané** 24h avant la 1^{ère} utilisation

LES VOIES D'ADMINISTRATION ADAPTÉES AU SUJET ÂGÉ

VOIE D'ADMINISTRATION	DESCRIPTION	PRÉCAUTIONS / REMARQUES
Voie cutanée	La plus utilisée et la plus sûre. Application en massage après dilution dans une huile.	Zones privilégiées : zones douloureuses, plexus solaire, plantes des pieds.
Voie respiratoire	Diffusion par nébulisation ou diffuseur .	Diffuser 20 min maximum , dans une pièce aérée .
Voie orale	Administration sur un support neutre (miel, sucre, mie de pain).	Uniquement sur avis médical. Risque de toxicité en cas de surdosage.
Voie rectale ou vaginale	Huiles intégrées dans des préparations pharmaceutiques (suppositoires, ovules).	Nécessite prescription et préparation en pharmacie spécialisée.

HUILES ESSENTIELLES COURAMMENT UTILISÉES EN GÉRIATRIE

Huile essentielle	Propriétés principales
Lavande officinale	Relaxante, sédatrice, favorise le sommeil
Ylang-Ylang	Antidépresseur, anxiolytique douce
Camomille noble	Apaisante, anti-stress, antispasmodique
Menthe poivrée	Anti-nauséuse, antalgique, stimule la vigilance

Ces huiles peuvent contribuer au bien-être psychique, à la gestion de la douleur, ou encore au soulagement des troubles digestifs fréquents chez le sujet âgé.

CONTRE-INDICATIONS SPÉCIFIQUES EN GÉRIATRIE

Chez les personnes âgées, certaines pathologies et traitements médicamenteux rendent l'usage de certaines huiles potentiellement dangereux.

Contre-indications générales

- Épilepsie
- Asthme
- Terrain allergique sévère

Précautions en cas de traitement médical

Traitement / Pathologie	Huiles essentielles à éviter
Anticoagulants	Gaulthérie, Cannelle
Antihypertenseurs	Menthe poivrée, Pin sylvestre, Romarin, Épinette noire
Maladie de Parkinson / SEP / Épilepsie	Menthe poivrée, Romarin, Lavande aspic, Eucalyptus globulus
Traitement hypoglycémiant	Géranium rosat, Cannelle écorce
Corticoïdes (voie orale ou locale)	Épinette noire, Gaulthérie, Citron, Sapin, Pin sylvestre
Chimiothérapie	Aucune huile essentielle

CONCLUSION

L'aromathérapie permet un accompagnement des sujets âgés, notamment pour améliorer leur confort, favoriser la détente et soulager certaines douleurs ou troubles bénins. Toutefois, son usage demande prudence, personnalisation, et encadrement. Un bon choix d'huile, une voie d'administration adaptée, le respect des dosages, ainsi que la vigilance face aux contre-indications sont les clés d'une aromathérapie sûre et efficace chez le sujet âgé.

SOURCES

- Formation en aromathérapie hospitalière de Aude Gelli chez ARPEGE
- www.apoticarius.com

M^{me} Marie-Elisabeth COUSSÉE

*Infirmière d'Équipe mobile de Gériatrie
Centre Hospitalier de Douai*

D^r Sandra BRISSART

*Praticienne Hospitalière
Service de Gériatrie, Centre Hospitalier de Douai*

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES



RETOUR SUR LES JOURNÉES ANNUELLES DES JEUNES GÉRIATRES 2025



SESSION 1 : L'INFECTIO DANS LA PEAU !

« TOUT SAVOIR SUR L'ANTIBIOTHÉRAPIE SOUS-CUTANÉE » - Pr ROUBAUD-BAUDRON

L'antibiothérapie sous cutanée est une pratique courante en gériatrie (98 % en France) et en soins palliatifs afin de faciliter le retour à domicile et le confort du patient, notamment dans le contexte de confusion et/ou d'accès veineux précaire et/ou contre-indication à la voie intra-musculaire.

Par voie sous-cutanée (SC), la concentration maximale (Cmax) est diminuée mais le taux temps au pic (Tmax) augmente, donc la CMI est identique à la voie IV même si elle met plus de temps à l'atteindre.

Il est donc possible d'utiliser la voie sous-cutanée pour les antibiotiques temps dépendant.

Cette voie reste hors AMM et doit donc être utilisée avec prudence, notamment pour éviter un mésusage des antibiotiques.

Antibiotiques possibles :

- CEFTRIAXONE, ERTAPENEME et MEROPENEME : bonne alternative à la voie IV.
- PIPERACILLINE/TAZOBACTAM : avantage de la voie SC vs IV si on compare la CMI.
- CEFAZOLINE-DAPTOMYCINE : la posologie de 2g/8h en IV est comparable à 3g/12h en SC avec une même efficacité.

- AUGMENTIN : la voie sous-cutanée semble une alternative possible.

Antibiotiques impossibles : AMINOSIDES (concentration dépendants).

« PERSONNES VIEILLISSANT AVEC LE VIH : QUELS DÉFIS EN 2025 ET AU-DELÀ ? » - Pr HENTZIE

Le VIH est devenu une pathologie chronique, grâce à l'arrivée de la trithérapie. Il y a actuellement en France 180000 personnes vieillissantes avec le VIH.

Il existe donc une nouvelle population émergente :

- Polypathologique.
- Polymédiquée, avec une longue exposition aux antirétroviraux et de nombreuses toxicités notamment des anciens traitements.
- Sujette à de nombreuses co-infections virales.
- Plus de comportements à risque chez ces patients (tabac, alcool, illicites).
- À l'effet propre du VIH : inflammation chronique responsable d'effets indésirables cardiovasculaires (le VIH accélère le vieillissement, d'où le besoin de traiter tous les patients).
- Avec un statut social défavorable (plus de la moitié des patients vivent seuls).
- Avec une qualité de vie altérée (impact de la fragilité sur la qualité de vie).

Les principaux défis d'aujourd'hui sont donc de gérer les interactions médicamenteuses, traiter les comorbidités... et travailler avec les gériatres pour améliorer la prise en charge de ces patients chroniques en prévenant les événements gériatriques.

« INFECTIONS URINAIRES DU SUJET ÂGÉ : ENTRE PIÈGES DIAGNOSTIQUES ET DÉFIS THÉRAPEUTIQUES » - D^r FOURNIER

Les points clés à retenir :

- Ne pas traiter une bactériurie asymptomatique.
- Les i-SGLT2 induisent une glycosurie et favorisent les infections urinaires : au-delà du 2^{ème} épisode d'infection urinaire (IU) sous i-SGLT2, ceux-ci doivent être arrêtés.
- Une antibioprophylaxie doit être débutée à partir de 4 IU par an et/ou si au moins 1 par mois.
- Pour les IU masculines : le BACTRIM® et les FLUOROQUINOLONES sont en 1^{ère} intention car ont la meilleure diffusion, pour une durée totale de 10 à 14 jours. Les C3G IV sont aussi possibles.
- Pour les IU à risque de complication et pyélonéphrite aiguë non grave : antibiothérapie probabiliste par CEFTRIAXONE pour 10 jours (ou FLUOROQUINOLONES

pour 7 jours si pas d'administration dans les 6 derniers mois ou si résistance à l'acide nalidixique).

- Pour les pyélonéphrites aiguës graves (avec signe de choc ou sepsis) :
 - ◆ Sans antécédents d'IU ou sans entérobactérie résistante aux CG3 : CEFTRIAXONE + AMIKACINE.
 - ◆ Si antécédent d'IU ou entérobactérie résistante aux CG3 datant de moins de 3 mois : PIPERACILLINE/TAZOBACTAM + AMIKACINE.
 - ◆ Si signe de choc sans entérobactérie résistante au CG3 : CEFTRIAXONE + AMIKACINE.
 - ◆ Si signe de choc avec risque d'entérobactérie résistante aux CG3 : CARBAPENEME + AMIKACINE.

D^r Ludovic ROBBE
Géiatre, Centre Hospitalier Sud Charente

RELECTURE :

D^r Rafaele ROTH
Géiatre, APHP
D^r Sylvana HO-BING-HUANG
Géiatre, CH de Douai

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

SESSION 2 : THE GIRLS FROM IPANEMA

Carine Renaux et Angélique Bergeot nous ont proposé leur regard croisé (en ville et à l'hôpital) sur une profession nouvelle : infirmier·e en pratique avancée (IPA).

Carine Renaux est IPA en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) à Saint-Nazaire depuis 2021. Ses fonctions sont diversifiées :

- Consultations sur le suivi de pathologies chroniques, l'accompagnement au parcours, les dépistages, les situations complexes.
- Missions transversales au sein de son équipe notamment l'éducation thérapeutique, les réunions de concertation pluridisciplinaire, la formation et la recherche.
- Réaliser une première consultation de dépistage des troubles neurocognitifs puis orienter par la suite vers la consultation mémoire de territoire ou vers l'équipe mobile de gériatrie (EMG). Cette filière a permis d'améliorer l'interconnaissance ville-hôpital, un ciblage correspondant aux besoins des patients, une amélioration des délais de prise en charge, et un plus grand nombre de patients dépistés.

Elle est investigatrice de l'étude 'PREVIPAGE' dont l'objectif est d'évaluer l'effet d'un suivi personnalisé et régulier par une IPA sur le nombre de chutes chez des patients de plus de 80 ans robustes, en comparaison aux soins usuels.

Angélique Bergeot est IPA au sein de l'EMG à la Pitié-Salpêtrière depuis 2023. Cette EMG a une activité extrahospitalière et intrahospitalière, principalement dans les services de chirurgie :

- En préopératoire : évaluation gériatrique globale pour identification des facteurs de risque et optimiser la prise en charge pour prévenir et anticiper les complications.
- En postopératoire : évaluation de la récupération.

D^r Nicolas DENIAU
Géiatre, Hôpital Corentin Celton - APHP

RELECTURE :

D^r Rafaele ROTH
Géiatre, APHP
D^r Sylvana HO-BING-HUANG
Géiatre, CH de Douai

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

SESSION 3 : L'ART D'ARRÊTER UN TRAITEMENT MAINTENANT LA VIE, TABLE RONDE « DON'T STOP THE DIALYSE »

Cette table ronde a réuni plusieurs médecins de spécialité diverses (néphrologues, gériatres, médecins en Soins Palliatif) autour d'un thème central mais sensible de notre pratique clinique : la décision d'interrompre un traitement lorsque l'enjeu n'est plus de prolonger la vie à tout prix, mais d'en préserver la qualité, et plus particulièrement un traitement tel que la dialyse.

Les échanges ont mis en lumière la complexité de cette décision, qui ne relève pas uniquement de critères médicaux, mais aussi d'un équilibre entre charge, bénéfices, fatigue, souhaits personnels et sens donné à la poursuite des soins.

Très rapidement, les intervenants ont souligné que « l'arrêt de la dialyse n'est jamais un renoncement », mais un acte médical à part entière, qui demande bien sûr des compétences mais surtout du discernement et de l'écoute.

Plusieurs témoignages ont rappelé combien la temporalité de l'annonce, ce « maintenant », est décisif. Savoir identifier le moment où un traitement devient plus délétère que bénéfique nécessite une évaluation fine, mais aussi la construction d'une relation de confiance avec la personne soignée. L'importance d'une communication claire et continue a été fortement soulignée : expliquer, rassurer, mais surtout co-décider avec le patient et ses proches. En effet, l'arrêt de la dialyse peut susciter une grande ambivalence : soulagement face à la lourdeur du traitement, inquiétude naturelle devant l'avenir, besoin de sens et de soutien.

Sur le plan éthique, il a été rappelé que la décision d'arrêt doit toujours s'inscrire dans le respect de l'autonomie du patient, mais également dans une vision juste de la proportionnalité des soins. Les débats ont montré que l'arrêt d'un traitement peut être un acte profondément humanisant, en permettant de recentrer la prise en charge sur le confort, la dignité et les souhaits de la personne.

Enfin, un dernier point fut souligné : la nécessité d'une formation plus poussée des équipes, tant sur les aspects techniques que sur l'accompagnement émotionnel de ces situations. L'idée d'un véritable « art » réside dans cette capacité à conjuguer expertise clinique, empathie et réflexion éthique.

En conclusion, cette table ronde a rappelé que l'arrêt d'un traitement n'est pas la fin de la prise en charge, mais plutôt la poursuite d'un accompagnement au lit du patient.

D' Floriane BRIL
Géiatre, CH de Montauban

RELECTURE :

D' Raffaëlle ROTH
Géiatre, APHP

D' Sylvana HO-BING-HUANG
Géiatre, CH de Douai

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

SESSION 4 : EST-CE QUE TU M'ENTENDS ÉCHO ?

1^{ère} intervention : « Échographie en pratique clinique gériatrique, quelle formation pour quels objectifs ? » - P^r N. GRENIER (Bordeaux)

Le Professeur Grenier est le coordinateur du DIU d'Echographie et Techniques Ultrasonores (ETUS), seul DU reconnu pour l'échographie diagnostique.

Pourquoi développer les ultra-sons en gériatrie ? : l'échographie est de plus en plus utilisée en complément de l'examen clinique en pratique clinique, elle permet de répondre rapidement à des questions simples, elle est particulièrement utile en situation d'urgence, mais aussi chez les patients difficiles à mobiliser (la mobilisation peut être parfois délétère pour le patient, le service de gériatrie se situant à distance du pôle d'imagerie).

Cet examen implique tout de même des contraintes et des risques. Son utilisation nécessite une formation appropriée et des objectifs ciblés.

Les 2 formations possibles pour l'échographie diagnostique sont : formation initiale professionnalisante via le DES (4 spécialités concernées, soit radiologie et imagerie, gynécologie obstétrique, cardiologie, médecine vasculaire) et une formation à l'échographie diagnostique via le DIU ETUS.

En cas d'exercice ponctuel, il existe des formations continues (DU, formations non universitaires, master-class, DPC, constructeurs) dédiée à « l'échoscopie » ou à « l'échographie » clinique ciblée.

2^{ème} intervention : « Évaluation de la volémie chez le sujet âgé, place de l'échographie clinique » - D^r M. PEPIN (Paris)

De quoi parle-t-on lorsque l'on parle de volémie ?

Le secteur vasculaire est représenté en majorité par le secteur veineux puis le secteur artériel. Le volume circulant artériel effectif (VCAM) est l'élément qui nous intéresse car c'est le volume qui perfuse les organes et il est dépendant de la fonction cardiaque ou des résistances vasculaires.

Plusieurs éléments de la volémie sont modifiés chez la personne âgée en raison de la diminution de la soif, de l'altération des mécanismes de régulation hydrique et de la fonction rénale, de la réduction de la masse corporelle et de la teneur en eau, du vieillissement cardio-vasculaire et de la polymédication. Par ailleurs, lors de l'évaluation de la volémie chez une personne âgée, on peut retrouver des atypies dans les présentations cliniques.

Les situations pour lesquelles l'évaluation de la volémie est importante sont donc l'insuffisance cardiaque aiguë, la déshydratation, l'insuffisance rénale aiguë, les dysnatrémies.

Les problématiques pour l'ETT avec les sujets âgés sont le problème de l'accessibilité, la différence en termes d'échogénicité et la question de la mobilisation du patient.

Il n'existe pas de gold standard facilement accessible pour évaluer la volémie chez le sujet âgé (théoriquement l'ETT). Les performances de l'ETT sont bonnes mais l'accès reste difficile. La piste de l'échographie pulmonaire est prometteuse. Il pourrait être intéressant de développer des indices combinés (par exemple : VCI + E/A + ligne B).

3^{ème} intervention : « Échographie en extra-hospitalier » - D^r A.-S. BOUREAU (Nantes)

Quelle pourrait être la pratique en EHPAD ? Il n'y a pas de publication sur le sujet. Il faut réfléchir à l'accessibilité à l'examen de référence, du degré d'urgence.

Il existe deux études complémentaires en cours sur les parcours de soins. Elles partent toutes les deux du même principe qui est la réalisation des échographies cardiaques par des IDE techniciennes d'échographie formées et venant en l'EHPAD. Les IDE font l'acquisition des images avant relecture par les cardiologues. Cette méthode nécessite une bonne collaboration entre l'IDE et le médecin.

Les 2 études sont :

- EchoGER : étude PEPS (DGOS). Ce protocole s'intéresse à la faisabilité et à l'efficacité.
- ESS Cardio + (équipe de soins spécialisés en cardiologie) : le principe est le même avec la réalisation d'échographie cardiaque par des IDE mais il y a également un bilan cardiologique avec un suivi par une IPA en cardiologie. Un avis est possible en cas de dyspnée ou de douleur thoracique non aiguë.

D'autres dispositifs à venir sont également mentionnés : la télé-échographie (professionnel de santé formé et médecin présent en même temps mais délocalisé, médecin guidant le professionnel à distance), la robotisation associée à la télé-échographie (professionnel de santé n'ayant pas besoin d'être formé en technique d'imagerie) et la place de l'IA (acquisition d'image, à interpréter avec prudence).

4^{ème} intervention : « Mesures d'échographie portable utiles à l'appréciation de la volémie : Revue ombrelle » - A. COTHENET (interne, Bordeaux)

Objectifs : Déterminer les mesures d'échographie portable valides pour apprécier la volémie et évaluer l'applicabilité des mesures échographiques à la population âgée.

Méthodes : Synthèse de revues systématiques qui vise à regrouper, comparer et évaluer la qualité des preuves existantes, afin d'avoir une vision d'ensemble.

Résultats : 13 études ont été incluses, menées principalement en service d'urgences et de soins intensifs, peu en médecine. Les organes étudiés étaient les vaisseaux (veine cave inférieure et veine jugulaire interne), les poumons, le cœur ou des critères combinés (VCI + VJI ou VCI + lignes B). L'âge est peu rapporté en dehors d'une étude pour laquelle l'âge moyen supérieur à 65 ans.

Les auteurs concluent tous à d'excellentes performances diagnostiques de l'échographie portable.

Conclusion : Il s'agit de la 1^{ère} revue qui évalue l'échographie portable en gériatrie, elle relève d'excellente performance diagnostiques pour la VCI et les lignes B.

D^r Amélie BOINET

Gériatre, Centre Clair Séjour, Bailleul et Centre Oscar Lambret, Lille

RELECTURE :

D^r Rafaele ROTH

Gériatre - APHP

D^r Floriane BRIL

Gériatre, CH de Montauban

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

SESSION 5 : LIKE A HEALTH MACHINE

1^{ère} intervention : « Revue ombrelle sur l'engagement digital des personnes âgées » - D^r A. CHANTECLAIR

L'engagement digital des personnes âgées est en marche mais il y a des comportements hétérogènes. 27 % des plus de 60 ans n'utilisent pas internet/ordinateurs/smartphones et seulement 30 % des utilisateurs qui s'y intéressent pour leur santé.

Les patients aux âges extrêmes, les femmes, les personnes avec un niveau socio-économique moins élevé, les patients ayant des troubles neurosensoriels, des troubles neuro-cognitifs ou des troubles moteurs importants sont moins enclins à se tourner vers une solution numérique.

Cependant, c'est une opportunité à intégrer dans notre approche gériatrique globale. Il est donc nécessaire de poursuivre les efforts de recherche pour mieux comprendre les besoins, et développer des solutions personnalisées acceptables et efficaces. Il devient indispensable de s'informer sur la e-santé et d'ajouter dans l'évaluation gériatrique une évaluation de l'autonomie numérique.

2^{ème} intervention : « Étude pilote qualitative sur la réalité virtuelle et syndrome de Diogène » - D^r Mathieu PICCOLI

Le syndrome de Diogène est une relation pathologique aux objets, associée à une incurie (corporelle et logement), et à une misanthropie. Ses étiologies sont multiples et variées : dégénérescence lobaire fronto-temporale, une maladie d'Alzheimer, dépression...

Hypothèse clinique : Une situation de simulation en réalité virtuelle d'une tâche de tri dans un environnement numérique qui représente une pièce de vie du patient pourrait réduire le stress lié au rangement et augmenter l'adhésion à l'aide extérieure.

Résultats : Il s'agit d'une approche qui apparaît faisable et bien acceptée y compris après 80 ans. Les résultats sont prometteurs avec une amélioration de la conscience du trouble et renforcement de la motivation et le pouvoir d'agir. Cette approche s'inscrit dans une logique d'auto-détermination : faire de la place à l'accueil du soin pour améliorer l'accès aux soins.

3^{ème} intervention : « différents outils numériques visant à optimiser les soins primaires et secondaires hospitaliers gériatriques » - D^r B. GENET

Il existe différents outils numériques dans le domaine de la santé :

- La télémédecine : téléconsultation, télésurveillance, téléassistance et téléexpertise.
- La réalité virtuelle/jeux/applications.
- Le big data (SNDS = système national de données de santé).
- L'intelligence artificielle et Jumeau Numérique.

Le jumeau numérique

Concept : Essayer de dupliquer un produit physique (qui existe vraiment) en un produit virtuel sur une base de données pour avoir une évolution de cette copie virtuelle pour adapter les choses pour le principe réel.

But principal : Prédire l'évolution de la chose que l'on étudie.

Que peut-on numériser : Une cellule, un organe, un être humain, un service, un hôpital, un territoire de service...

Ses applications : Tester les thérapeutiques in silico, modéliser le vieillissement des cellules ou organes, modéliser des patients pour suivre leur évolution dans leur parcours de soins, modéliser des unités ou structure de soins.

Exemples :

Cloner un patient qui a des objectifs de rééducation post-AVC

- Création d'une application qui va donner un projet de réhabilitation avec les objectifs à atteindre.
- Le patient virtuel va évoluer comme s'il devait suivre les objectifs.
- Le décalage entre ce qui est fait et l'objectif théorique permet de réadapter le programme de rééducation.

Dans le parcours de soins gériatriques

Prédire par exemple la venue aux urgences des personnes âgées, ou reporter l'hospitalisation par rapport aux disponibilités et les éventuelles complications à un séjour prolongé aux urgences.

Limites : l'Adhésion des patients et des soignants, le travail en collaboration (codeur, data scientist, statisticiens), le facteur environnemental.

C'est un processus complexe dans lequel on doit bien choisir les variables, et ne pas oublier l'humain avant tout. C'est donc un outil gériatrique indiscutable, qui s'inscrit dans la suite du modèle de Bouchon car le rôle principal du gériatre est de savoir ce que le patient va devenir une fois l'épisode aigu passé.

D^r Sylvana HO-BING-HUANG
Gériatre, CH de Douai

RELECTURE :

D^r Rafaele ROTH
Gériatre, APHP

D^r Floriane BRIL
Gériatre, CH de Montauban

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

SESSION 6 : CONFESIONS NOCTURNES

Clôture des JAIG autour d'une table consacrée à un sujet aussi sensible que fondamental : la prévention de la maltraitance en gériatrie. Autour de la table, quatre voix complémentaires issues du soin, du militantisme et de la société civile ont croisé leurs expériences pour questionner ce que signifie « bien traiter nos aînés » dans une société qui peine encore à accueillir la vieillesse.

Les intervenants

La discussion était animée par Rafaëlle Roth, présidente de l'AJG et médecin cheffe de clinique à l'hôpital Broca (AP-HP), qui a posé les bases conceptuelles du débat. À ses côtés, Laurent Garcia, président de l'Observatoire du Grand Âge, connu pour son rôle de lanceur d'alerte dans l'ouvrage « *Les Fossoyeurs* ». Francis Carrier, militant et cofondateur du Conseil National autoproclamé de la Vieillesse (CNAV), également fondateur du label GreyPride, portait la parole des personnes âgées et la lutte contre la « vieillophobie ». Enfin, Olympe de Ge, autrice et réalisatrice féministe, co-créatrice du podcast « *le Serment d'Augusta* », est intervenue sur la question du consentement, un enjeu central dans les relations de soin.

Maltraitance et bientraitance : des notions à redéfinir

En ouverture, Rafaëlle Roth a rappelé que la maltraitance ne se limite pas aux violences physiques. Elle recouvre une multitude de formes : psychologiques, financières, institutionnelles ou par négligence. Ce qui rend la ques-

tion complexe, selon elle, c'est que « la maltraitance est souvent involontaire ». Un soignant débordé qui passe devant la chambre d'un patient sans s'arrêter, un professionnel qui agit sans moyens suffisants, peuvent malgré eux susciter un sentiment de maltraitance.

Elle oppose à cette notion celle de bientraitance, qu'elle définit non comme l'absence de maltraitance, mais comme une démarche positiviste. « La bientraitance, c'est se demander comment mieux faire, même quand on ne peut pas faire bien », explique-t-elle. Dans son service, elle a mis en place des groupes de parole où les soignants échangent librement sur leurs pratiques, partagent leurs doutes, et s'autorisent à reconnaître leurs limites. « On ne peut pas être bientraitant si on ne se remet jamais en question ».

La maltraitance institutionnelle : quand la structure prend le pas sur la personne

Laurent Garcia a choisi d'illustrer son propos par un texte poignant, racontant la vie d'un homme âgé entrant en EHPAD : perte de liberté, infantilisation, décisions prises « en équipe » sans consultation, enfermement derrière des portes à code. Ce récit fictif, inspiré de situations réelles, fait émerger la notion de maltraitance institutionnelle, où « le patient s'adapte aux contraintes de l'institution, et non l'inverse ». L'exemple souligne la violence subtile d'un système qui, sous couvert de sécurité, retire à la personne âgée une part de son autonomie et



de son intimité. On y voit une illustration du déséquilibre entre bienveillance et contrôle, rappelant que même les démarches les plus protectrices peuvent devenir aliénantes si elles ne tiennent pas compte du ressenti de la personne.

Vieillesse et société : sortir du déni collectif

Francis Carrier a élargi le débat à une dimension sociétale. Pour lui, la maltraitance trouve aussi ses racines dans une société qui « n'aime pas les vieux ». Il dénonce un déni collectif de la vieillesse et de la mort, visible dans les médias, la publicité et même la culture populaire. « On nous dit sans cesse : pour bien vieillir, restez jeunes ! ». Cette injonction, selon lui, nourrit une vieillesse associée à la pathologie et à la perte d'autonomie » pour redonner aux personnes âgées un pouvoir d'agir sur leur existence. Il compare ce combat à celui du féminisme : un travail d'empowerment pour que les aînés reprennent la parole et refusent d'être réduits à des rôles passifs. À travers son label GreyPride, il milite aussi pour la reconnaissance de toutes les diversités, notamment les personnes âgées LGBT souvent invisibles.

Francis Carrier plaide pour une réappropriation positive de la vieillesse, qu'il conçoit comme une étape de vie à part entière, avec ses libertés, ses désirs et sa créativité. Il invite à « rompre avec le modèle médicalisé de la vieillesse associée à la pathologie et à la perte d'autonomie » pour redonner aux personnes âgées un pouvoir d'agir sur leur existence. Il compare ce combat à celui du féminisme : un travail d'empowerment pour que les aînés reprennent la parole et refusent d'être réduits à des rôles passifs. À travers son label GreyPride, il milite aussi pour la reconnaissance de toutes les diversités, notamment les personnes âgées LGBT souvent invisibles.



Le consentement, socle de la bientraitance

Dernière intervenante, Olympe de Ge a apporté une perspective originale en abordant le consentement sous l'angle de son expérience féministe et artistique. Elle raconte son parcours personnel, marqué par une prise de conscience tardive de ce que signifie vraiment consentir : savoir dire non, exprimer ses limites, écouter celles des autres. Elle fait le parallèle entre les relations sexuelles et la relation de soin : « Le patient, face à un soignant, est souvent impressionné, vulnérable. Comment pourrait-il dire non si on ne lui en donne jamais la possibilité ? ».

Elle insiste sur la responsabilité particulière des soignants, détenteurs d'un pouvoir symbolique et technique : « Quand on a une blouse blanche, on est en position de pouvoir. Avec ce pouvoir vient la responsabilité d'aller chercher le consentement, et de le faire en continu ». Son propos invite à considérer le consentement non comme une formalité, mais comme un dialogue permanent entre patient et soignant, fondé sur l'écoute et la réciprocité.

Vers une culture de la parole

En filigrane de tous ces échanges se dessine une conviction commune : prévenir la maltraitance, c'est d'abord écouter, reconnaître, discuter et se remettre en question. Les gériatres présents, à travers la voix de Rafaëlle Roth, soulignent l'importance de favoriser la parole des personnes âgées sans se substituer à elles, et de replacer l'humain au centre d'un système trop souvent contraint par la gestion et la productivité.

Conclusion

Cette table ronde rappelle que la bientraitance n'est pas un état mais une démarche éthique, collective et évolutive. Elle suppose autant de courage que d'humilité : celui de reconnaître nos propres zones d'ombre, d'accepter les contradictions du réel, et de reconstruire une culture du soin où la liberté, le respect et la parole partagée deviennent les meilleurs remparts contre la maltraitance.

D^r Jérémie HUET
Géiatre, Nantes

RELECTURE :
D^r Rafaëlle ROTH
Géiatre, APHP

D^r Floriane BRIL
Géiatre, CH de Montauban

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES



PRÉSENTATION DU CONCEPT SNOEZELLEN

Snoezelen est un concept fondé par Ad Verheul et Jean Hulsegge, professionnels médico-sociaux néerlandais, reposant sur la stimulation des sens, la détente physique et psychique.

Il s'adresse à tout public : de la petite enfance à la personne âgée, de personnes neurotypiques aux personnes atteinte de troubles psychiques/cognitifs/troubles du neurodéveloppement ; cependant, il existe une précaution d'emploi chez les personnes atteintes de schizophrénie et certains types d'épilepsies.

Le concept Snoezelen est avant tout un état d'esprit dans lequel le patient est pris en charge au niveau sensoriel. C'est à travers cette sensorialité qu'il va pouvoir s'apaiser, diminuer son état de stress et/ou d'anxiété, se recentrer, être stimulé pour activer ou réactiver sa mémoire cognitive, restaurer sa communication verbale et non verbale, se mobiliser autrement.

Sa pratique est réalisée avec un professionnel formé, soit dans une salle aménagée avec des modules spécifiques, soit en chambre grâce à un charriot équipé qui propose des animations sensorielles. Il permet une mise en éveil des sens, au travers d'une musique douce, des effets visuels, des objets sensoriels, un toucher relationnel. Cet environnement crée une ambiance sécurisante et enveloppante aboutissant à un état de méditation.

Au fil des séances, le patient s'apaise et se détend, le Snoezelen devenant opérant et les mots soignant les maux. La stimulation des sens fait prendre conscience du somatique, reconnectant le corps à la psyché.

Snoezelen se propose dans la bienveillance apportant soulagement et réconfort de vie en médiation préventive, afin de mener le patient vers une vision plus positive.

L'instant « T » de l'accompagnement devient significatif car le patient se sent mieux. C'est ce « mieux » qui engendre le bien être, le mieux-être, l'être bien.

Les bienfaits de cette médiation se répercutent à condition qu'elle soit proposée de manière régulière.

Au-delà d'une simple « activité », Snoezelen représente un véritable processus où les enjeux évoluent et s'organisent vers une meilleure considération du patient, le rendant acteur de son parcours de soins.

Chrystelle CHAZOTTE

Éducatrice spécialisée

Formatrice au concept Snoezelen

Auteure du livre « Snoezelen : redonner du sens aux sens » aux Éditions Chroniques sociales

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

LE CONCEPT SNOEZELLEN ET LA GÉRIATRIE

Le soin Snoezelen trouve sa place dans la gestion des symptômes psychologiques et comportementaux associés aux Maladies d'Alzheimer et apparentées (MAMA). Les interventions de stimulation multisensorielle sont appropriées à tout stade de la maladie mais semblent être plus pertinentes aux stades modérés à sévère.

Ces soins répondent aux défis posés par l'environnement pouvant être insuffisamment ou trop stimulant pour certains patients.

Les interventions de stimulation multisensorielle sont utilisées en particulier pour la gestion des comportements productifs (agitation, comportement moteur aberrant, irritabilité, désinhibition et idées délirantes) car ils permettent d'apporter une prise en soin duelle et de désamorcer des situations de crise.

On l'utilise également chez les patients porteurs de symptômes affectifs tels que l'anxiété et la dépression, pour apporter un effet calmant permettant une diminution du stress. Le soin Snoezelen permet aussi de favoriser l'expression des émotions et du sentiment de prendre soin et de plaisir.

Enfin, la stimulation multisensorielle trouve tout naturellement sa place chez les patients présentant de l'apathie, symptôme le plus fréquemment rencontré dans les MAMA.

Le soin Snoezelen est le plus souvent réalisé en séances individuelles, mais peut aussi se faire en séance collective. L'objectif dans ce cas est plutôt accès sur l'aspect du plaisir, de la détente, du réconfort et du bien-être pour tous.

L'efficacité scientifique des interventions basées sur les approches multisensorielles est encore assez peu probante. Le nombre limité d'études et la variété des protocoles d'intervention empêchent de tirer une conclusion globale quant aux effets de la stimulation multisensorielle. D'autres recherches sont nécessaires pour démontrer son efficacité et les éléments clés des différentes approches.

Certaines publications scientifiques suggèrent toutefois que la stimulation multisensorielle a un impact positif en réduisant les comportements réactifs (agitation, irritation), en améliorant l'humeur, en facilitant les interactions verbales et non verbales et les relations avec les autres patients / résidents en EHPAD, mais aussi avec les professionnels.

Quelques études ont rapporté une réduction du stress, une amélioration du bien-être et de la satisfaction au travail pour les professionnels du soin et de l'accompagnement :

- *Interventions non médicamenteuses et maladie d'Alzheimer*, fondation Mederic Alzheimer, livret paru en avril 2024.
- *Nouvelles recommandations pour la prise en soins des Symptômes Psychologiques et comportementaux (SPC) dans les maladies neuro-cognitives*, SFGG/SF3PA/FCM, paru le 21/09/2024.



D' Anne-Laure BRÈS

Géiatre au CHU de Nîmes, référente de l'Unité
Cognitivo-Comportementale

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

RENOUVELEZ VOTRE ADHÉSION EN 2026 POUR SEULEMENT 30€/AN !

Si ce n'est pas déjà fait, n'hésitez pas à renouveler votre adhésion pour 2026. Les adhésions pour 2025 ont pris fin récemment.

Que comprend une adhésion annuelle à l'AJG ?

- Gratuité aux replays des webinaires de l'association des Jeunes Gériatres depuis votre espace adhérent.
- Un tarif exceptionnel de 30€ (au lieu de 70 euros) pour les Journées Annuelles des Jeunes Gériatres, soit un total moins cher qu'une inscription sans adhésion.
- La réception à titre individuel de la Gazette du Jeune Gériatre.
- Un accès illimité au contenu web de la revue Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement (via votre espace adhérent).
- L'accès aux bibliographies mensuelles.
- Des tarifs préférentiels à l'adhésions et aux congrès organisés par les sociétés partenaires (SF3PA, CJN, SFGG).
- Un tarif préférentiel pour l'abonnement à la revue de gériatrie (99€ au lieu de 180€ par an).
- L'inscription à la mailing de diffusion de l'AJG permettant l'accès aux informations partagées (newsletter).

Mais surtout, soutenir et faire partie de l'association qui veut faire décoller la gériatrie !

Toutes les informations sont sur notre site : <https://www.assojeunesgeriatres.fr/>

L'AJG ET VOUS AUX DIFFÉRENTS CONGRÈS DE GÉRIATRIE

JASFGG 2025 : merci à toutes celles et ceux qui sont passés au stand jeune (Young Corner) pendant les JASFGG. C'était un plaisir de vous rencontrer et de faire vivre l'association !



L'AJG était également au congrès de la SOFOG du 15 au 17 décembre à Chantilly.



NOTRE CONGRÈS ANNUEL : JOURNÉES ANNUELLES DES JEUNES GÉRIATRES 2026

RDV À NÎMES LES 4 ET 5 JUIN 2026 !

<p>Pré- programme JAJG 2026 Nîmes</p> <p><i>VIèmes Journées Annuelles des Jeunes Gériatres</i></p> <p>Jeu­di 4 Juin 2026</p> <p>13h15 - Accueil 13h45 - Allocutions inaugurales</p> <p>14h-15h30 – Session 1 : A la recherche du ganglion perdu Oncogériatrie (RCP, pré-habilitation)</p> <p>15h30-16h : Pause</p> <p>16h-17h30 - Session 2 : Urgences et préjugés Filière gériatrie sur le territoire (hotline, SMUR)</p> <p>Soirée</p>	<p>Vendredi 5 Juin 2026 8h30 – Accueil café</p> <p>9h-10h30 - Session 3 : Le silence des ronfleurs Troubles du sommeil de la personne âgée</p> <p>10h30 - 11h : Pause café</p> <p>11h-12h30 – Session 4 : Cérémonie des escarres Plaies et cicatrisation, nutrition</p> <p>12h30-13h15 : Pause déjeuner 13h15-14h - AG AJG</p> <p>14h-15h30 – Session 5 : Intouchables Troubles pelviens et de la sexualité de la personne âgée</p> <p>15h30-16h : Pause</p> <p>16h-17h30 – Session 6 : Cinquante nuances de cheveux gris Regards croisés sur la sexualité de la personne âgée</p> <p>Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS) du CHU de Nîmes</p>
---	---

VIVE L'AJG ET VIVE
LA GÉRIATRIE !

LE BUREAU DE L'ASSOCIATION
DES JEUNES GÉRIATRES

NIMES

4 et 5 juin 2026

VIèmes Journées annuelles des Jeunes Gériatres

QR code

Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS)
CHU de Nîmes, Rue du Pr Henri Pagan

ACUPUNCTURE : PREUVES CLINIQUES EN GÉRIATRIE

Cette analyse de littérature s'intéresse à un article publié en 2024 par une équipe de l'université de Shanghai, intitulé « **Clinical evidence of acupuncture for amnestic mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.** » (*Preuves cliniques de l'acupuncture pour les troubles cognitifs légers de type amnésiques : revue systématique et méta-analyse à partir d'essais contrôlés randomisés*) [1].

INTRODUCTION

Les auteurs rappellent la démographie mondiale avec 55 millions de personnes vivant actuellement avec une maladie d'Alzheimer, estimant une projection de 139 millions en 2050 [2].

Au sein du trouble neuro-cognitif mineur ou MCI (Mild Cognitive Impairment), on distingue deux entités : le MCI non-amnésique (naMCI) et le MCI amnésique (aMCI), ce dernier se caractérisant par une perte de mémoire [3]. Une étude suggère que 80 % des patients présentant un aMCI évolueront vers une maladie d'Alzheimer dans les 6 ans [4].

OBJECTIF DE L'ÉTUDE

L'acupuncture est-elle efficace dans l'amélioration des fonctions cognitives chez les personnes avec un aMCI ?

MÉTHODES

Interrogation de neuf bases de données (3 en langue chinoise et 6 en langue anglaise) jusqu'à 01/2024.

Utilisation de la méthode PRISMA [5].

Critères d'inclusion

- Patients avec diagnostic de aMCI [6] avec plainte mnésique (ou rapportée par l'entourage).
- Essais contrôlés randomisés étudiant l'impact de l'acupuncture sur le aMCI.
- Présence d'un groupe contrôle (fausse acupuncture, fausse acupression ou pas d'intervention) et d'un groupe interventionnel (acupuncture quelle que soit la technique).
- Articles en langue anglaise ou chinoise.

Critères d'exclusion

- Articles qui ne sont pas des essais contrôlés randomisés.
- Autres pathologies neuro-dégénératives (maladie de Parkinson, maladie à corps de Lewy, démence fronto-temporale).
- Absence de groupe contrôle ou utilisation de moxibustion uniquement dans le groupe interventionnel.
- Étude avec groupes inférieurs à 10 participants.
- Pas de distinction entre aMCI et naMCI.

Critères de jugement

- Principaux : score MMSE, score MoCA, score ADAS-Cog.
- Secondaires : Latence P300 [7] et les effets secondaires.

RÉSULTATS

Sur 1858 articles retrouvés via la requête bibliographique, 15 études ont été sélectionnées. Toutes publiées entre 2010 et 2023, elles incluent un total de 908 personnes (32 à 155 participants individuellement) avec des âges compris entre $57,65 \pm 6,16$ à $80,25 \pm 5,52$ ans. Les groupes interventionnels comprenaient des soins par acupuncture manuelle ou électrique ; les groupes contrôles de la fausse acupuncture, du DONEPEZIL ou de la NIMODIPINE (inhibiteur calcique). Les interventions duraient 4 ou 8 semaines.

Critères principaux

Score MMSE : Inclusion de 12 études (indice d'hétérogénéité = 18 %), différence significative entre les deux groupes en faveur de l'acupuncture ($p < 0,01$).

Score MoCA : Inclusion de 8 études (indice d'hétérogénéité = 43 %), différence significative entre les deux groupes en faveur de l'acupuncture ($p < 0,01$).

Score ADAS-Cog : Inclusion de 2 études (indice d'hétérogénéité = 0 %), différence significative entre les deux groupes en faveur de l'acupuncture ($p < 0,01$).

Critères secondaires

Latence P300 : Inclusion de 2 études (indice d'hétérogénéité = 65 %), différence significative entre les deux groupes en faveur de l'acupuncture ($p < 0,01$).

Événements indésirables plus importants dans le groupe acupuncture (indice d'hétérogénéité = 0 %), différence significative limite ($p = 0,05$).

Les traitements de 4 et 8 semaines montraient des améliorations significatives sur les critères de jugements principaux mais sans différence significative entre les durées de traitement.

LIMITES DE L'ÉTUDE

Les auteurs soulignent largement les limites de leur étude. Tout d'abord ils constatent que peu d'essais étaient réalisés en aveugle (du moins précisait cette méthodologie). De façon générale, les auteurs indiquent le manque de description globale des méthodologies dans les études et donc l'existence importante de risque de biais.

Toutes les études étaient monocentriques et chinoises avec des biais possibles liés aux pratiques dans chaque centre.

L'ensemble de ces limitations conduisent à un faible niveau de preuve des résultats.

L'évaluation des biais de la méta-analyse sont présentés à la Figure 1.

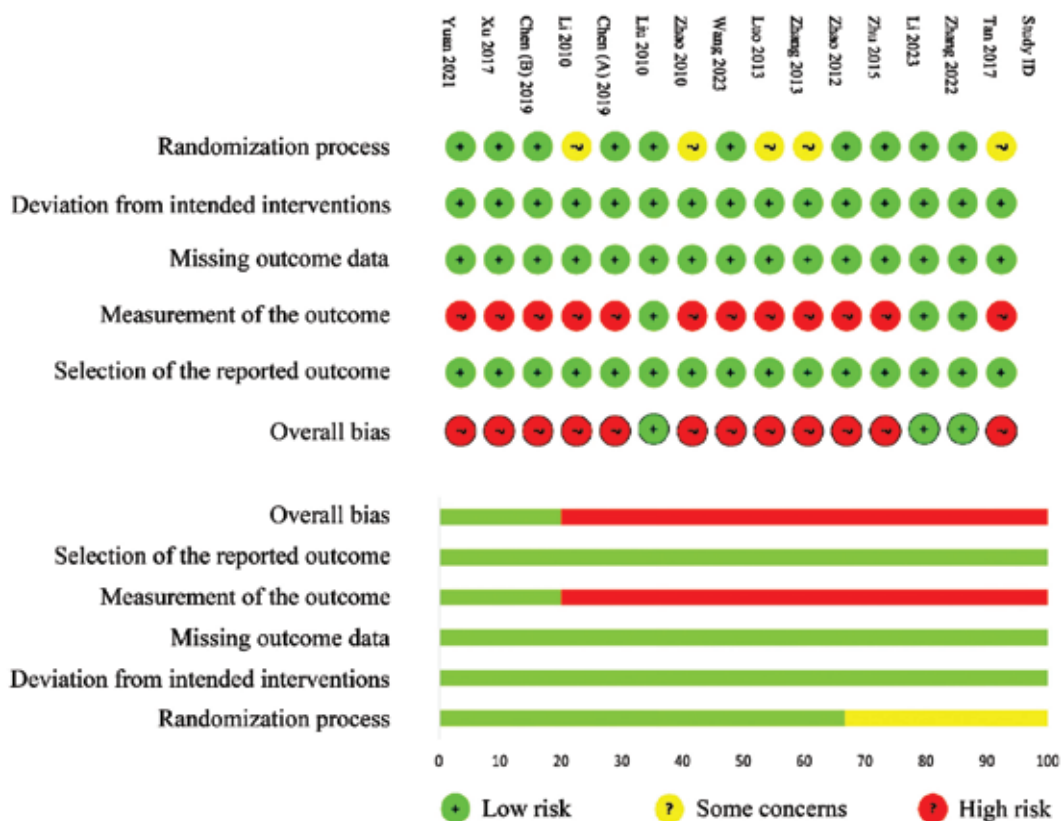


Figure 1: Evaluation des biais

FORCES DE L'ÉTUDE

Il s'agit de la plus grande méta-analyse sur ce sujet (nombre d'études = 15) ; la dernière remontant à 2016 et n'avait inclus que 5 études [8]. Cette dernière avait par ailleurs des critères d'exclusion moins stricts (inclusion par exemple de patients en post-AVC dans le groupe aMCI). Par ailleurs il n'y avait pas de données manquantes ou de sujets perdus de vue. Les résultats, bien que fortement nuancés par les limites, sont encourageants.

CONCLUSION

Cette méta-analyse est la plus importante publiée dans l'évaluation de l'acupuncture chez les patients avec aMCI. Malgré une méthodologie initiale plutôt rigoureuse dans l'extraction des données, les auteurs déplorent des carences méthodologiques importantes dans la quasi-totalité des études avec des risques de biais importants.



Bien que les résultats soient encourageants, ils doivent être pris avec précaution et n'aboutissent qu'à un niveau de pertinence clinique faible. Ainsi, de nouvelles études devront être conduites, avec des méthodologies robustes pour évaluer la place de l'acupuncture dans les troubles neuro-cognitifs mineurs de type amnésiques.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Lin G, Yie SLJ, Guo S, Li X, Xu L. Clinical evidence of acupuncture for amnesic mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complement Ther Med*. 2025 Mar;88:103114.
- [2] World Alzheimer Report 2022: Life after diagnosis: Navigating treatment, care and support. 2022 Sept 21; Available from: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2022/>
- [3] Gauthier S, Reisberg B, Zaudig M, Petersen RC, Ritchie K, Broich K, et al. Mild cognitive impairment. *The Lancet* [Internet]. 2006 Apr 15;367(9518):1262–70. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673606685425>
- [4] Petersen RC, Doody R, Kurz A, Mohs RC, Morris JC, Rabins PV, et al. Current Concepts in Mild Cognitive Impairment. *Arch Neurol* [Internet]. 2001 Dec 1;58(12):1985–92. Available from: <https://doi.org/10.1001/archneur.58.12.1985>
- [5] Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 2021 Mar 29;372:n71. Available from: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>
- [6] Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J Intern Med* [Internet]. 2004 [cited 2025 Nov 7];256(3):183–94. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x>
- [7] Hansenne M. Le potentiel évoqué cognitif P300 (I) : aspects théorique et psychobiologique. *Neurophysiol Clin Neurophysiol* [Internet]. 2000 Aug 1;30(4):191–210. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0987705300002239>
- [8] Deng M, Wang XF. Acupuncture for Amnesic Mild Cognitive Impairment: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Acupunct Med* [Internet]. 2016 Oct 1;34(5):342–8. Available from: <https://doi.org/10.1136/acupmed-2015-010989>

D^r Florian MARONNAT
Gérialre, AHP

POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES



PROPOSITION D'UN SUIVI PAR L'HYPNOSE AUPRÈS D'UNE PATIENTE, SUITE À L'ANNONCE D'UNE MALADIE GRAVE ET INCURABLE

Mme Dau est une patiente de 89 ans, ancienne fleuriste à la retraite. Elle est veuve et a un fils unique, très présent pour sa mère. Elle est de taille moyenne, de forte corpulence et présente un lymphœdème du bras gauche très important, séquelle du traitement d'un cancer du sein gauche en 2012. Mme Dau vit seule à domicile et est autonome pour les actes de la vie quotidienne excepté qu'elle ne prend plus les transports en commun. Mme Dau est hospitalisée dans l'hôpital de gériatrie clinique où j'exerce en tant que psychomotricienne. Elle est adressée pour asthénie et chute sur altération de l'état général dans un contexte opératoire de pleurésie.

Antécédents médicaux : cancer du sein gauche en 2012, cancer du poumon droit en 2019.

Indication en psychomotricité : Quand je rencontre Mme Dau pour les premières séances de psychomotricité, l'indication est faite pour une difficulté de sensation de son membre inférieur gauche sans troubles de la sensibilité.



1ÈRES SÉANCES ET RELATION THÉRAPEUTIQUE

Lors des premiers rendez-vous, je propose des séances de psychomotricité où j'utilise comme médiation le toucher thérapeutique pour le trouble de sensation de Mme Dau. Elle aborde son histoire de vie et des traumatismes anciens avec beaucoup d'émotion lors de ces

séances. Au cours de ces rencontres, elle peut se saisir de cet espace pour se confier sur son histoire de vie et parallèlement semble plus à l'écoute de son propre corps et de ses sensations. Elle investit la relation thérapeutique qui se met en place.

L'ANNONCE BOULEVERSAUTE D'UNE MALADIE GRAVE ET INCURABLE

Durant l'hospitalisation, Mme Dau doit subir des examens et les résultats amènent les médecins à lui annoncer la découverte fortuite de la récurrence d'un cancer du poumon avec métastase pleurale à droite. Lorsque je la retrouve quelques jours après, Mme Dau est anxieuse. Elle évoque l'annonce de son cancer et de l'impossibilité de l'équipe d'oncologie de lui proposer des soins curatifs. Elle exprime une grande colère quant à sa maladie...

Elle peut également décrire la représentation qu'elle en a : « son poumon comme un vieux sac poubelle qui se flétrit ».

Plusieurs séances suivent et je continue cette prise en charge toujours autour de la demande de Mme Dau concernant les sensations de sa jambe gauche. Mme Dau apprécie le toucher-thérapeutique des jambes et se saisit de l'écoute même si elle préfère "esquiver" les sujets trop douloureux pour le moment. Elle peut aborder sa

tristesse mais avec beaucoup de défense. Après quelques jours, lors d'un entretien, Mme Dau aborde son anxiété et ses difficultés à gérer ses émotions. Elle évoque la relation compliquée avec son fils notamment son rapport à la maladie et la mort et est très émue. Elle verbalise peu à peu des sensations plus en lien avec sa pathologie notamment se sentir très essoufflée ce qui l'angoisse

LE CHOIX DE L'ACCOMPAGNEMENT PAR L'HYPNOSE

Lors de la séance qui suit, après avoir entendu son angoisse, je propose à Mme Dau de changer un peu de procédé et de tenter un exercice d'hypnose. Après lui avoir exposé le déroulement d'une séance je lui propose de travailler autour d'un souvenir agréable en incluant la respiration : « *souvenir d'apprentissage agréable de souffler des bulles de savon* ».

Le choix de cette proposition s'appuie sur le récit des ressentis que Mme Dau verbalise (sensation d'étouffer et de mal synchroniser sa respiration) et sur ce qu'elle raconte de son histoire de vie notamment les souvenirs de sa petite enfance, période de sa vie qu'elle dit la plus joyeuse.

En effet, comme nous le précise Marie Floccia dans son ouvrage « *Cas pratiques en hypnose gériatrique* » Dunod Paris 2024, « *il existe chez les personnes vieillissantes un pic de réminiscence qui se situe entre 10 et 30 ans. Ainsi, cette période de vie devient plus présente et elle va s'éveiller au moment de la transe hypnotique devenant une régression guidée par le patient : c'est souvent dans cette période que se situent les ressources, la safe place...* ».

Mme Dau se saisit d'emblée de la proposition. Elle accède à l'hypnose que j'induis via une focalisation visuelle et un body scan semblant plus adaptés aux capacités sensorielles de la patiente. Je lui propose ensuite de retrouver un souvenir agréable « souffler des bulles ». Elle peut me signaler qu'elle accède à un souvenir avec un signaling du doigt. Je l'accompagne alors par ce récit : « *Quand vous étiez enfant, il vous est arrivé sûrement d'avoir soufflé, comme beaucoup d'enfants presque tous, ... des bulles. [...]* Elle ouvre plusieurs fois les yeux lors de la transe, est émue, des larmes apparaissent, mais peut contenir et accueillir cette émotion.

Avec les patients âgés, j'ai pu constater que l'état de transe est parfois très court et comme « fractionné ».

Geneviève Perrenou et Serge Sirvain soulignent dans leur ouvrage *Hypnose médicale de la personne âgée pour les professionnels de santé en 43 notions*, Dunod 2024 : « *Le patient, classiquement de fait des troubles attentionnels, peut sortir spontanément de l'état de transe, avec possible retour rapide en état modifié de conscience* ».

beaucoup. Mme Dau questionne toujours beaucoup sur ses traitements et les possibilités de traitement... Elle semble passer par des états émotionnels et phases en lien avec les étapes du deuil, parfois dans un certain déni mais surtout par la colère, l'anxiété et une profonde tristesse.

Mme Dau verbalise un mieux-être en fin de séance. Elle manifeste une respiration beaucoup plus calme et exprime se sentir très apaisée. [...] Elle semble se saisir de la proposition d'hypnose pour mieux gérer son anxiété. Je lui propose ainsi de pouvoir reprendre cet exercice pour elle avant notre prochaine séance quand elle le souhaite. Pour faciliter ce temps en autonomie, je lui offre de reprendre une installation confortable, de choisir un moment calme et de poser une intention sur sa séance (comme retrouver une respiration confortable ou juste avoir un moment calme à l'intérieur d'elle-même) puis de fixer un point, de prendre une grande inspiration et de laisser aller l'esprit là où il le souhaite et pourquoi pas en pensant à la séance que nous venons de faire.

Cette « prescription » de reprendre l'exercice proposé me semble important afin de rendre Mme Dau plus actrice de son soin et de lui permettre de contacter ses propres ressources afin de mieux gérer son anxiété.

Les semaines suivantes, Mme Dau est toujours très demandeuse de travailler autour de la respiration afin de mieux gérer son anxiété. Mme Dau semble se saisir de l'hypnose pour apprivoiser sa respiration et dans le même temps pour se renarcissiser. Elle évoque pour la première fois le sentiment d'injustice de la récurrence de son cancer.



Lors d'une séance, Je retrouve Mme Dau anxieuse et agitée. Elle a une respiration rapide, verbalise ne pas arriver à reprendre son souffle. Elle évoque une sensation de poids sur le thorax qui la gêne beaucoup. Je lui propose une séance différente pour travailler en hypnose sur ce poids. Je présente l'exercice de réification. L'induction est plus rapide, via la focalisation sur un point. Mme Dau semble déjà dissociée mais dans une transe négative où l'angoisse et l'agitation dominant. La réification lui permet alors de mieux qualifier sa sensation puis de mieux la contenir pour peu à peu s'apaiser. La dissociation devient positive, Mme Dau adhère à cet exercice en qualifiant plus finement sa sensation puis en trouvant la ressource en elle lui permettant de s'apaiser et de retrouver une respiration plus calme. Je suggère à Mme Dau avant la sortie de son état de transe un ancrage en ramenant

une sensation, une image ou une émotion en lien avec l'expérience qu'elle vient de vivre et qu'elle pourra alors utiliser pour retrouver, dans le futur, un état de confort et d'apaisement. Mme Dau choisit de serrer son poing droit. Elle verbalise ensuite longuement sur ses sensations d'oppressions et l'angoisse que cela lui procure en lien avec son cancer et la fin de sa vie.

La séance qui suit, Mme Dau est calme et m'accueille avec un grand sourire ce jour. Elle verbalise se sentir mieux et arriver à mieux "gérer" sa respiration. Elle dit trouver sa respiration « *moins en désordre, mieux coordonnée* ». Elle exprime réussir à reprendre l'exercice d'hypnose pour elle-même lors des moments d'anxiété. Elle utilise également son geste « le poing droit serré » pour renforcer cette sensation d'apaisement.

FIN DE SUIVI ET AUTONOMISATION

Mme Dau est informée qu'elle va changer de service et peut évoquer ce changement prochain avec une certaine anxiété mais qu'elle réussit à mieux gérer, l'angoisse ne l'envahit plus. Et elle évoque alors avoir accepté sa fin de vie même si cela reste par moments très angoissant pour elle, elle sait qu'elle a la ressource pour gérer ses angoisses. Mme Dau exprime vouloir investir le nouveau service où elle finira sa vie. Elle évoque son autonomie et sa respiration retrouvée.

Nous décidons ensemble que je reste disponible si besoin mais que l'heure est venue pour elle d'investir différemment son lieu de fin de vie. Mme Dau décèdera quelques semaines plus tard entourée de ses proches dans une ambiance sereine selon les retours du personnel soignant.

CONCLUSION

Intégrer l'hypnose dans ma pratique de psychomotricienne a été plutôt aisée car c'est, notamment, une médiation hautement sensorielle : elle passe par le corps et la sensorialité. De plus, l'hypnose permet d'associer les sensations corporelles à l'état psychique, pratique tout à fait en accord avec la psychomotricité. J'ai pu constater avec l'hypnose dans mes séances, une plus grande facilité pour les patients à se connecter à leur monde sensoriel, un apaisement dans leur relation à eux-mêmes. L'hypnose vient soutenir la conscience de soi, la confiance en soi, leur lien au monde dans un accordage plus serein.

Pour Mme Dau, cela lui a permis un apaisement malgré ces symptômes angoissant mais également une certaine sérénité, un lien avec son identité profonde. L'hypnose

lui a permis de se positionner comme plus actrice de sa prise en soin, lui permettant de retrouver une place et non plus comme subissant son corps, sa maladie, sa relation de dépendance aux autres. Cette pratique lui a offert, en retrouvant ou plongeant dans des souvenirs de sa petite enfance, et en retrouvant des sensations corporelles structurantes et agréables, la restauration de l'image d'elle-même.

L'hypnose a enrichi ma pratique de psychomotricienne notamment dans la prise en soins de certaines indications où je me sentais parfois limitée avec la relaxation, (comme la douleur, la dyspnée entre autres) en me donnant des outils pour mieux accompagner les patients.

Mme Cécile DECORSIÈRE
Psychomotricienne – Hôpital Broca – APHP
POUR L'ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES



➔ **Profil recherché**

Praticien gériatre, ou généraliste ayant une appétence pour la prise en charge du sujet âgé. Activité de consultation mémoire (formation acquise ou souhaitée) pour renforcer l'équipe existante. Possibilité d'une activité partagée avec un autre maillon du pôle (EHPAD-USLD, SMR, Orthogériatrie, Court Séjour...). Temps plein ou temps partiel.

➔ **La Consultation Mémoire du CH de Douai**

Activité d'hôpital de jour et de consultations (premières et suivis). **Collaboration étroite avec les partenaires de la ville** : ESAD, Association France Alzheimer, Plateforme d'Accompagnement et de Répit des Aidants, CLIC, DAC.

Dynamisme de l'activité et nombreux projets :

Consultation post annonce dédiée aux aidants, intervention de l'équipe du CH lors de formations de sensibilisation sur le territoire, cours à l'IFSI, participation aux travaux de recherche menés par le CHRU...



Rejoignez les équipes du Centre Hospitalier de Douai !

RECRUTE UN Praticien en Gériatrie



➔ **L'offre de soins sur le pôle comprend des lits de :**

- CSG
- SMR
- EHPAD-USLD (132 lits d'EHPAD, 45 lits d'USLD, 44 lits d'UVA, 13 lits d'UHR, hébergement temporaire)
- UPUG
- Orthogériatrie
- Cardiogériatrie
- Antenne aux urgences
- Filière gériatrique complète (équipe mobile intra et extra-hospitalière, hôpital de jour, consultations mémoire, chute, onco-gériatrie)

Chaque semestre, le pôle accueille des internes de gériatrie et de médecine générale ainsi que des étudiants.

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter et joindre un CV à :
Madame Emeline BERTRAND, Directeur des Affaires Médicales, au 03.27.94.71.15 ou
Madame Anaïs PEDRETTI, Responsable des Affaires Médicales, au 03.27.94.70.21 - diram@ch-douai.fr



UN MÉDECIN GÉRIATRE (H/F) pour son service de SMR en contrat à durée indéterminée (CDI) à temps plein (possibilité temps partiel).



Rejoindre le Pôle Gériatrique Rennais **c'est intégrer une équipe médicale composée de 21 médecins** : généralistes, gériatres, MPR, cardiologues, angiologue, neurologue...

Rejoindre le Pôle Gériatrique Rennais, **c'est bénéficier d'une convention collective attractive.**

Rejoindre le PGR, **c'est intégrer un établissement dynamique du territoire, porteur de projets** : Création de lits SSR Alzheimer, SSR de réautonomisation rapide, SSR post-COVID, Unité Cognitivo Comportementale, Consultation mémoire, Labellisation Hôpital de Proximité.

Rejoignez-nous !



Merci d'adresser votre candidature par courriel à :
Carole MERLAUD, Responsable RH - recrutement.pgr@ugecam.assurance-maladie.fr - 02 99 26 75 75



Reconnue d'utilité publique, la Fondation ILDYS accompagne chaque année 7 500 personnes dans le Finistère. Grâce à des équipes engagées, les personnes accueillies bénéficient d'un accompagnement global dans nos services de soin, nos EHPAD, nos services dédiés aux personnes en situation de handicap, à la protection de l'enfance et aux familles.



Elle recrute :

1. MÉDECIN GÉRIATRE

(La Maison Saint-Luc, au cœur de la cité corsaire, les pieds dans l'eau - 29684 - Roscoff)

POSTE : CDI à temps plein à pourvoir dès que possible.

MISSIONS : Vous assurez le suivi médical des patients et contribuez à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de soins personnalisés en étroite collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire. Vous coordonnez la prise en charge médicale, participez aux astreintes médicales et aux réunions de synthèse.

PROFIL : Docteur en médecine, avec une spécialisation en gériatrie ou justifiant d'une expérience significative en gériatrie.

2. MÉDECIN COORDONNATEUR PRESCRIPTEUR

(EHPAD situé dans le département du Finistère)

POSTE : CDI à temps plein à pourvoir dès que possible.

MISSIONS : Vous assurez la coordination des soins médicaux et paramédicaux des résidents, réalisez les évaluations médicales à l'admission, et prenez en charge le suivi médical et les prescriptions des résidents ayant choisi le médecin de l'établissement (70 résidents). Vous assurez le suivi des pathologies chroniques et aiguës, adaptez les traitements et contribuez à la formation des équipes soignantes.

Vous travaillez en étroite collaboration interdisciplinaire, participez aux réunions et aux instances de l'établissement.

PROFIL : Docteur en médecine, avec une spécialisation en gériatrie ou en médecine générale, et une expérience souhaitée en EHPAD ou en gériatrie.



POURQUOI REJOINDRE LA FONDATION ILDYS : Intégrer une équipe pluridisciplinaire engagée, dans un environnement médical dynamique et porteur de projets, offrant un équilibre vie pro/vie perso (RTT), une complémentaire santé, un CSE attractif et une politique QVCT.

CANDIDATURES : ressources.humaines@ildys.org



L'HÔPITAL ROBERT-PAX DE SARREGUEMINES RECRUTE UN(E) GÉRIATRE

À temps plein pour renforcer l'effectif médical du service de médecine polyvalente à orientation gériatrique.



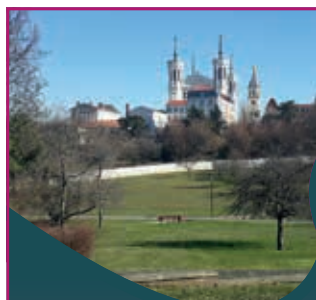
Statut de praticien contractuel ou de praticien hospitalier (mutation ou 1^{ère} nomination suite à la réussite au CNPH).

Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins indispensable !

Adresser candidature et CV à Mme Christine BOUR
Directrice des Affaires Médicales, de la Recherche et de l'Innovation
✉ affmedicales@ch-sarreguemines.fr
Secrétariat ☎ 03 87 27 33 11
Ligne directe ☎ 03 87 27 37 50 / 07 86 45 09 27



GRAND EST



L'Hôpital de Fourvière (Lyon) recrute PLUSIEURS MÉDECINS CDI à temps plein ou partiel

Au pied de la sublime basilique de Fourvière, dans un cadre verdoyant, rejoignez un hôpital référence en gérontologie, à taille humaine, doté d'une filière cognitive complète (UCC, USLD, SMR, HDJ, équipe mobile, aide aux aidants), et d'une équipe pluridisciplinaire.

Missions : Évaluations gériatriques, consultations mémoire, construction projets de soins, réunions pluridisciplinaires...

Profil : Gériatre, neurologue, gérontopsychiatre ou généraliste expérimenté.

Qualité de vie au travail : Salle de sport, ostéopathie, self à 3,20 €, parking gratuit, formation continue encouragée.



Rémunération : CCN 51+ reprise ancienneté + primes.

CONTACT : candidature@hopital-fourviere.fr



AUVERGNE-RHÔNE-ALPES



Rejoignez un territoire d'excellence entre lacs et montagnes !

Le Centre Hospitalier Alpes Léman (CHAL) situé à Contamine-sur-Arve et deux établissements en direction commune, l'Hôpital Départemental Dufresne Sommeiller (HDDS) à La Tour et l'Hôpital Départemental de Reignier recrutent des **MÉDECINS GÉRIATRES OU MÉDECINS POLYVALENTS (H/F)**

DES POSTES VARIÉS ET ADAPTÉS À VOTRE PROJET

- Court Séjour Gériatrique, EHPAD (CHAL).
- Médecine polyvalente, Soins palliatifs, SMR, EHPAD (HDDS).
- USLD et EHPAD (Reignier).
 - Physionomie du poste et diversité des missions à adapter selon le profil et les souhaits du candidat.
 - Possibilité de postes partagés entre établissements.

ENVIRONNEMENT ET STRUCTURE

Trois établissements complémentaires, intégrés dans une direction commune dynamique, offrant une **filière gériatrique complète et intégrée** : urgences gériatriques, court séjour, hotline gériatrique, équipe mobile gériatrique intra et extra hospitalière, équipe mobile de soins palliatifs, SMR, HDJ, USLD, PASA, HDJ prévention des chutes, HDJ équilibre, unité de géronto-psychiatrie, unité pour Personnes Handicapées Vieillescentes (PHV).

Travail en équipes pluridisciplinaires engagées, avec des **projets médicaux innovants** : réflexion sur une orientation rhumato-gériatrique, ouverture d'une unité cognito-comportementale (UCC).

DES CONDITIONS ATTRACTIVES

- Organisation flexible (temps plein / temps partiel / activité partagée).
- Possibilité de contrat attractif pour les gériatres selon le profil.
- Formations encouragées et financées (possibilité de prise en charge de la formation en gériatrie pour les médecins en reconversion).
- Aide au logement & accompagnement à l'installation.
- Cadre de vie exceptionnel : entre lacs et montagnes, proche de Genève et d'Annecy.

VOTRE PROFIL

Statut PH, contractuel ou assistant.
DES gériatrie, médecine générale ou spécialité avec projet en gériatrie.
Inscription à l'Ordre des Médecins en France.



CONTACT RECRUTEMENT

Mireille DINAULT, chargée du recrutement médical
✉ mdinault@ch-alpes-leman.fr
☎ 06 79 91 79 75



Le Centre Hospitalier de Montélimar, établissement de référence du « Groupement Hospitalier des Portes de Provence » recherche

3 GÉRIATRES À TEMPS PLEIN

pour compléter l'équipe actuelle de 8 praticiens

- ✓ 1 poste sur le Court Séjour Gériatrique pour 10 lits
- ✓ 1 poste 5 lits Court Séjour Gériatrique et 10 lits SMR
- ✓ 1 poste de Médecin Coordonnateur EHPAD La Manoudière

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

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

Compétences gériatriques souhaitées : Capacité de gériatrie, DESC ou qualification ordinaire voire Médecine Générale.

Ce poste est à pourvoir par mutation ou contrat. Toute candidature sera étudiée. Temps de travail négociable, activité libérale possible, formations continues encouragées et soutenues, possibilité de participer à des travaux de recherche, facilités de logement et aide à l'installation.

Film de présentation de la structure :

<https://youtu.be/kAlRq5JKmw>



Candidature (CV + lettre de motivation) à envoyer à : secretariat.dam@ghpp.fr

Les bâtiments de Gériatrie de « Roche-Colombe » sont récents, climatisés et agréables.

Située au cœur de la Drôme et aux portes de l'Ardèche, très facile d'accès par l'autoroute A7 ou le TGV, Montélimar bénéficie d'une position stratégique sur la vallée du Rhône. Réputée pour son climat ensoleillé, sa convivialité et sa taille humaine, la ville séduit par son équilibre entre vie professionnelle et personnelle. Entourée de paysages remarquables, Montélimar constitue le point de départ idéal pour profiter des richesses touristiques de la Drôme et de l'Ardèche et offre un cadre de vie privilégié, alliant dynamisme culturel et douceur du Sud.

CONTACT : Dr BAUDOUIN Estelle, Cheffe du Pôle Gériatrie

✉ estelle.baudouin@ghpp.fr

Mme MAGNETTE Sandrine, AAH-DAM

✉ sandrine.magnette@ghpp.fr

☎ 04 75 53 41 29

L'établissement CMCR des Massues, ESPIC de la Croix-Rouge française,

situé dans le 5^{ème} arrondissement lyonnais,

recrute Médecins Généralistes ou Gériatres

➤ Pour son service de médecine gériatrique, à temps plein ou temps partiel (80 % minimum), à compter de fin février 2026.

➤ Pour son service de SMR polyvalent pour personnes âgées, à temps plein ou temps partiel (80 % minimum), à compter de mi-avril 2026.

- Poste en CDI temps complet dans l'idéal.
- Organisation en forfait-jour.
- Rémunération selon ancienneté et spécialisations.



CROIX-ROUGE FRANÇAISE
CENTRE DES MASSUES



PLUS D'INFORMATIONS SUR L'ÉTABLISSEMENT EN CONSULTANT NOTRE SITE INTERNET
<https://cmcr-massues.croix-rouge.fr>

Dossier de candidature (CV et lettre de motivation) à envoyer à Direction des Ressources Humaines :
☎ 04 72 38 18 41 ✉ recrutement.massues@croix-rouge.fr

DAC VISAGE
Maison Ressource Santé en Isère

LA MRSI (MAISON RESSOURCE SANTÉ EN ISÈRE) RECHERCHE POUR SON DISPOSITIF D'APPUI À LA COORDINATION VISAGE À VIENNE
UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE / GÉRIATRE H-F

LES +

- Prise en charge de la mutuelle par l'employeur à 100 %.
- Cycle de formation interne.
- Participation financière au mode de transport doux.

MISSIONS

- Faire des visites à domicile d'évaluation de patients, tout âge et toute pathologie confondue.
- Être en contact avec les médecins traitants et spécialistes des patients suivis.
- Solliciter et collaborer avec les autres équipes du domicile, gériatres, psychiatriques...
- Participer aux temps de réunions d'équipe pour y apporter une lecture médicale des situations.
- Participer à des réunions pluridisciplinaires avec les différents acteurs sociaux et médico-sociaux qui prennent en charge un patient pour y apporter les éléments médicaux nécessaires.
- Éclairer les référents de parcours de santé concernant les pathologies, leurs conséquences et évolutions pour leur permettre d'anticiper les besoins des patients et d'adapter le maintien au domicile.

PROFIL RECHERCHÉ

Diplôme de Docteur en Médecine (générale et/ou gériatrie de préférence). Appétence à travailler en équipe pluridisciplinaires et pour les situations médicalement complexe et fragile socialement.

- **Rémunération :** Entre 5 224 et 6 605 € bruts mensuels pour un équivalent temps plein.
- **Déplacements fréquents :** véhicule personnel nécessaire avec indemnités kilométriques.
- **Contrat :** CDI, statut cadre.
- **Temps de travail :** 40 %.
- **Prise de poste :** Dès que possible.
- **Lieu de travail :** Vienne et territoire du DAC.

Rejoignez une équipe pluridisciplinaire

CONTACT

Mme Johanna FEDELE

✉ j.fedele@mrsi.fr

🌐 www.mrsi.fr





Ici on recrute

Un Praticien Gériatre (H/F)

Vous recherchez un poste au sein d'une filière structurée, dans un environnement dynamique, conciliant engagement professionnel et qualité de vie ? Le CHU de Nîmes vous attend.

Sa filière gériatrique est l'une des plus complètes de la région : 70 lits de court séjour dont une USC, 30 lits péri-opératoires, une UCC, un SMR, un plateau ambulatoire et deux équipes mobiles intra et extra-hospitalières. Vous rejoignez une équipe de plus de 20 médecins, dans des locaux récents, au sein d'un CHU engagé dans la recherche et l'innovation médicale. Dès votre arrivée, un parcours d'intégration vous est proposé, avec un accompagnement continu vers la formation et la promotion professionnelle – parce qu'un praticien qui évolue, c'est un service qui progresse.

Le quotidien est également pensé pour vous faciliter la vie : deux crèches sur site, restauration du personnel, parcours de santé, accès au CGOS, transports facilités (trambus pris en charge à 75 %, covoiturage via l'application du CHU, vélos NemoVélo sur le campus) et parking dédié.

Et en dehors du service ?

300 jours de soleil, un patrimoine romain unique, une gastronomie méditerranéenne, un coût de la vie accessible – et une situation idéale : 30 minutes de Montpellier, 40 minutes des plages et des Cévennes, 3h de Paris en TGV. Nîmes, c'est le choix rare d'une ville où l'on travaille bien et où l'on vit mieux encore.



Organisation et prérequis

Participation à la permanence des soins : astreintes téléphoniques de nuit et gardes de jour le week-end (environ 7 à 8 semaines par an).

Inscription au tableau de l'**Ordre National des Médecins** requise.

Un projet professionnel stimulant vous attend. Et si c'était le vôtre ?



Candidatures à adresser à
✉ dam@chu-nimes.fr

Postulez sur chu-nimes.fr



L'EHPAD Le Patio de Jeanne (Association Joseph Sauvy) et l'EHPAD Odette Ribeill (ADPEP66), situés à Perpignan, **RECRUTENT UN(E) MÉDECIN COORDONNATEUR (H/F) à temps plein**



Vos futurs environnements de travail

- **EHPAD Le Patio de Jeanne**
84 résidents
✓ PMP : 228
✓ GMP : 669
- **EHPAD Odette Ribeill**
60 résidents
✓ PMP : 249
✓ GMP : 694



Poste partagé sans contrainte de déplacement
(sites à 200 m l'un de l'autre).

Vous évoluerez au sein d'équipes investies, dans une dynamique collaborative inter-établissements.



Vos missions principales

- ✓ Élaborer et coordonner le projet général de soins,
- ✓ Donner un avis sur les admissions des résidents,
- ✓ Présider la commission de coordination gériatrique,
- ✓ Évaluer la dépendance et les besoins en soins,
- ✓ Garantir l'application des bonnes pratiques gériatriques,
- ✓ Réaliser les évaluations gériatriques et adapter les prescriptions,
- ✓ Contribuer à la formation et à l'encadrement des équipes,
- ✓ Structurer et suivre le dossier de soins,
- ✓ Rédiger le rapport annuel d'activité médicale,
- ✓ Participer à la fluidification du parcours de santé,
- ✓ Prévenir les risques de santé publique,
- ✓ Intervenir en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles,
- ✓ Mettre en place des mesures spécifiques d'amélioration continue.

Pourquoi nous rejoindre ?

- ✓ Environnement associatif porteur de valeurs humaines,
- ✓ Autonomie dans les missions avec véritable rôle stratégique,
- ✓ Travail en réseau et en synergie entre deux structures,
- ✓ Impact direct sur la qualité de vie et de soins des résidents.

MERCI D'ADRESSER VOTRE CANDIDATURE À :

✉ frederic.soubrane@asso-sauvy.fr
m.nicolau@adpep66.org



L'ASSOCIATION H.A.D.A.R (Hospitalisation À Domicile d'Avignon et sa Région) RECRUTE MÉDECIN PRATICIEN D'HAD (H/F - CDI / CDD - Temps plein / partiel)

MISSIONS

- Contribuer par son action à la qualité de la prise en charge sanitaire et médico-sociale en favorisant une prescription coordonnée des différents intervenants adaptées aux besoins des patients.
- Élaborer et mettre en œuvre avec le concours de l'équipe soignante et des professionnels de santé libéraux, le projet général de soins.
- Organiser le fonctionnement médical de la structure dans le respect des règles professionnelles et déontologiques en vigueur.
- Émettre un avis sur les admissions et les sorties des patients.
- Coordonner et tracer le parcours de soins du patient en collaboration avec les différents intervenants médicaux / paramédicaux libéraux et hospitaliers.
- Élaborer le projet thérapeutique et organiser des visites au domicile.
- Collaborer avec les équipes mobiles de soins palliatifs, gériatriques et les EHPAD.
- Assurer le suivi de l'évolution des patients en lien avec les IDEC, IPA, Psychologues, Assistantes Sociales, Cadre de santé.
- Développer et porter des projets innovants.

PÔLE MÉDICAL : Équipe médicale composée actuellement de 5 autres médecins.

PROFIL : Docteur en médecine inscrit au tableau de l'Ordre, médecin généraliste, médecin idéalement titulaire d'un DU ou justifiant d'une expérience dans les domaines de la douleur, des soins palliatifs ou de la gériatrie, une spécialité serait un plus (urgence, pédiatrie, MPR, gynécologie).

RÉMUNÉRATION : De 70 000 à 120 000 € bruts par an. Astreintes téléphoniques rémunérées en sus. Convention Collective FEHAP du 31 Octobre 1951.

JOURS ET HORAIRES DE TRAVAIL : Cadre Horaire : 08h30 - 17h45 du lundi au vendredi. Pas de travail sur site les samedis, dimanches et jours fériés mais avec astreintes médicales téléphoniques à domicile sans déplacements, réparties avec l'équipe médicale.

AVANTAGES : Téléphone & ordinateur portables, véhicule de service pour déplacements professionnels, télétravail réalisable, semaine de 4 jours possible pour les temps plein, nouveaux locaux en construction avec bureaux individuels, CSE.

Envoyer lettre de motivation + CV
à M. GUILHAMAT, Directeur
✉ rh@hadar.fr ☎ 04 90 13 47 40



Pôle
Santé du Plateau**PÔLE DE SANTÉ DU PLATEAU**

Site de Meudon (92360), établissement privé à 6 km au sud-ouest de Paris

RECRUTE UN MÉDECIN (H/F)

pour son service de médecine polyvalente et cancérologique.

**Poste à pourvoir dès que possible.**

Le service compte 50 lits, une équipe médicale de 4 praticiens, un plateau technique complet ainsi qu'un beau projet d'établissement.

PROFIL

Vous êtes médecin généraliste ou gériatre et possédez des compétences et expériences en cancérologie.

Activité libérale (salarier possible).**CONTACT :** Mme Angélique ALVES✉ direction@poleduplateau.com ☎ 01 41 28 10 22RÉSEAU
PRO
SANTÉ**L'OUTIL DE COMMUNICATION
DES ACTEURS DE LA SANTÉ****Médecins - Soignants - Personnels de Santé****1^{er} Réseau Social
de la santé**Retrouvez en ligne des
milliers d'offres d'emploiUne rubrique Actualité
qui rayonne sur
les réseaux sociaux**1^{ère} Régie Média
indépendante
de la santé**250 000 exemplaires de
revues professionnelles
diffusés auprès des
acteurs de la santé

Inscription gratuite

Rendez-vous sur

www.reseauprosante.fr

☎ 01 53 09 90 05

✉ contact@reseauprosante.fr