

LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#35

AVRIL 2024 - NUMÉRO GRATUIT



Association des Jeunes Gériatres

www.assojeunesgeriatres.fr



LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE #35



ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES
www.assojeunesgeriatres.fr

SOMMAIRE

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2024

BUREAU

PRÉSIDENTE

Fanny DURIG

VICE-PRÉSIDENTE

Nathalie JOMARD

SECRÉTAIRE

Florent GUERVILLE

TRÉSORIER

Romain VAN OVERLOOP

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Laure ALLAN

Amélie BOINET

Alexandre BOUSSUGE

Arnaud CAUPENNE

Guillaume CHAPELET

Antoine GARNIER-CRUSSARD

Jérémie HUET

Florian MARONNAT

Sophie MASSART

Marie OTEKPO

Matthieu PICCOLI

Alix RAVIER

Ludovic ROBBE

Rafaëlle ROTH

Sophie SAMSO

Lucrezia Rita SEBASTE

Thomas TANNOU

Justine TRISTRAM

03 ÉDITORIAL

04 ARTICLE THÉMATIQUE

Le pied diabétique

13 FOCUS GÉRIATRIQUE

Hôpital de Jour CHUTE

16 FICHE MÉTIER

Ergothérapeute

17 FICHE PRATIQUE

Mycose du pied et onychomycose

22 RETOUR DE CONGRÈS

Compte rendu 19^{èmes} journées nationales de la SoFOG
(Société Francophone d'Onco-Gériatrie)

28 FICHE DU MÉDICAMENT

Des CHUT ou des CHUP pour mes pieds ?

30 ACTUALITÉS AJG

34 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

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



ÉDITORIAL

La relève est assurée !

« *La gériatrie, c'est sexy* » a-t-on souvent répété au sein de l'Association des Jeunes Gériatres. Au point qu'on s'est laissé aussi dire « *La gériatrie, c'est le pied !* ».

Il n'en fallait pas plus pour se dire qu'aucun numéro de la Gazette n'avait abordé cette thématique et qu'on pouvait donc facilement y remédier.

On doit avoir l'honnêteté de dire que les pieds des patients (de tout âge d'ailleurs !) ne sont pas toujours les zones les plus agréables à examiner. Il faut les déshabiller, quand ils ont des bas de contention, un pantalon et sont déjà au fauteuil c'est loin d'être facile ! Et puis on a parfois un peu peur de ce qu'on va trouver (ou sentir) entre les mycoses, les ongles non coupés, l'hygiène qui a pu se dégrader... Mais la « consultation gériatrique » (= passer entre les mains d'un gériatre) est bien faite pour regarder les patients « des pieds à la tête » et si l'on s'intéresse souvent à leur tête (et heureusement !) avec des entretiens et des tests cognitifs, le message de cette Gazette est de ne pas délaisser les pieds qui peuvent en apprendre beaucoup sur la personne ! Les pieds avec lesquels nous marchons peuvent générer des problèmes fonctionnels énormes en cas de lésions cutanées.

L'article thématique abordera l'examen du pied, notamment chez le diabétique et les soins à prodiguer en cas de mal perforant plantaire.

Le focus gériatrique détaillera un hôpital de jour spécial Chute, illustrant l'importance de cet examen « des pieds à la tête ». La *fiche du médicament* parlera d'ailleurs d'un dispositif médical pour les pieds : les chaussures thérapeutiques CHUT/CHUP : qui, quand, comment, pourquoi les prescrire... La *fiche pratique* résumera facilement comment diagnostiquer facilement et traiter les mycoses (non, il n'y a pas que l'Econazole poudre dans la vie...). La *fiche métier* détaillera le métier d'ergothérapeute car non seulement il s'intéresse à la réadaptation mais aussi au chaussage et à la mobilité.

Le *retour de congrès* s'intéressera aux 19^{èmes} journées nationales de la Société Francophone d'Onco-Gériatrie, décembre 2023.

Enfin dans les *Actus de l'AJG* vous trouverez le programme de la JAJG (pas de papier sur place !). Nous reviendrons sur le Corner Jeune aux JASFGG, la journée des Docteur Junior et nous vous donnerons des nouvelles de la bande dessinée - **Élémentaire, mon cher gériatre ! Des clés pour mieux soigner ensemble** – qui continue son petit chemin. Enfin ce sera l'occasion de vous annoncer l'Assemblée générale et le prochain changement de bureau. C'est le moment de rejoindre l'AJG !

Alors oui, **la gériatrie c'est le pied**, appliquons réellement cet adage tous ensemble !

Nathalie JOMARD, Sophie MASSART et Justine TRISTRAM
Co-rédactrices en chef

PS de Nathalie JOMARD : Pour ma part c'est mon dernier édito et ma dernière Gazette en tant que vice-présidente de l'AJG et co-rédactrice en chef. On ne remerciera jamais assez toutes les personnes qui ont contribué à faire de cette Gazette une belle aventure. Un clin d'œil particulier à Guillaume DUCHER qui l'a relookée, à Sophie SAMSO qui l'a organisée, à Alexandre BOUSSUGE qui l'a sublimer et à Sophie MASSART qui m'a accompagnée cette année. Je remercie aussi tous les auteurs qui acceptent de participer bénévolement à l'écriture des articles et tous les lecteurs qui nous écrivent pour nous remercier et nous encourager. Partager nos expériences est une belle façon d'enrichir notre pratique et pour moi une source de motivation quotidienne pour exercer ce merveilleux métier de gériatre. Longue vie à la Gazette, la relève est assurée alors c'est le moment de lever le pied !

LE PIED DIABÉTIQUE

Dès le début de nos études, quand on parle du diabète, on nous apprend à faire attention aux pieds. Mais une chose qu'on ne nous apprend pas toujours, à moins de rencontrer des médecins connaisseurs, c'est comment bien examiner un pied en général et quelles sont les lésions à repérer chez les diabétiques (ou pas). Cet article a pour but de reprendre les bases de l'anatomie et de l'examen clinique du pied puis de parler des pathologies touchant fréquemment les diabétiques (mais pas que !) et comment les soigner. Ainsi, après le Serment d'Hippocrate, le Serment d'Augusta ⁽¹⁾, voici le Serment du Pied Diabétique !

Serment 1 : « Le fonctionnement du pied, tu connaîtras »

Les cours d'anatomie sont souvent loin pour tous, jeunes et moins jeunes gériatres ! Voici un petit rappel des notions clés pour se remettre en mémoire l'ossature, les forces en charge sur le pied et la physiologie du pas.

L'ossature du pied est complexe ⁽²⁾ et comprend pas moins de 26 os différents, sur lesquels s'insèrent multiples tendons et ligaments et est le siège d'une riche innervation et vascularisation.

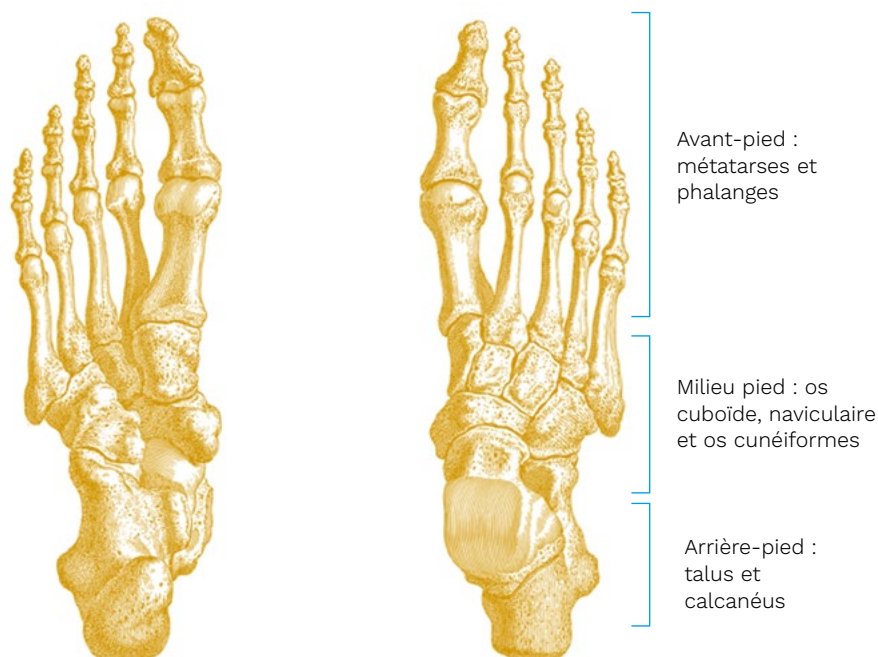


Figure 1 : Pied osseux en vue inférieure et supérieure

La forme du pied n'est pas anodine. Les arches plantaires sont indispensables à regarder : elles sont au nombre de 3 et, comme les « voûtes d'ogive » dans les églises, elles ont pour fonction de répartir équitablement le poids du corps sur le pied.



Figure 2 : Les arches plantaires

Ce n'est pas un secret : le pied sert surtout à se tenir debout et à marcher. Le déroulé du pas comprend plusieurs phases (**figure 3**) où le poids est réparti sur différents points d'appui (**figure 4**).



Figure 3 : Déroulé du pas

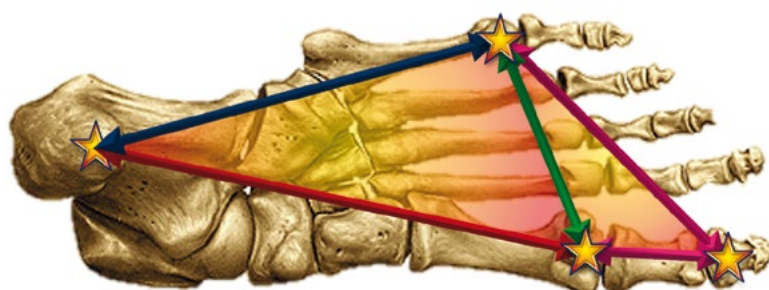


Figure 4 : Répartition des points d'appui lors de la marche

Ainsi, lors de la marche, il existe principalement **3 points d'appuis** : le calcanéum, la base du 1^{er} et du 5^{ème} métatarse. Lors de la phase de propulsion, un 4^{ème} point d'appui entre en jeu sur la pulpe de l'hallux. Un appui sur une nouvelle zone dans le pied n'est pas prévu : il n'y a pas d'autre « semelle interne » (appelée le capiton) et cet appui déclenche des conséquences fonctionnelles à moyen ou long terme (dont des plaies de pression).

Serment 2 : « des questions pertinentes, tu poseras »

Les bases révisées, passons désormais au vif du sujet. Le patient (diabétique) qui vient en consultation. Lors de l'entretien, il est important de rechercher les **antécédents de plaies des pieds** (ulcères, ongles incarnés, escarres, amputations) et de se renseigner sur les **comorbidités** (artériopathie oblitérante des membres inférieurs, neuropathie périphérique). Il est recommandé aussi de demander au patient s'il a reçu une **éducation pour la surveillance** de ses pieds. On cherchera aussi les symptômes évocateurs de pathologies vasculaires et neurologiques : claudication, douleurs, paresthésies, dysesthésies, hypoesthésies. On s'intéressa aussi au **chaussage** et savoir si le patient marche pieds nus de temps en temps (SPOIL : À NE PAS FAIRE !).

Serment 3 : « les chaussettes et les bas, tu enlèveras »

Après l’entretien, c’est le moment de l’examen clinique et que le patient vienne pour une chute, pour des troubles de la marche, pour des douleurs des membres inférieurs, l’examen des pieds sans habits est nécessaire.

Type de pied

L’examen du pied commence par identifier le type de pied du patient : égyptien, grec, romain ou ancestral (**Figure 5**). À chaque type de pied, son type de chaussure (*les diabétiques ne doivent pas être des fashion-victimes*).

Pied	ÉGYPTIEN	GREC	ROMAIN	ANCESTRAL
Schéma				
Epidémio	70 %	15 %	13 %	2 %
Description	1 ^{er} orteil + long que les autres	2 ^{ème} orteil + long que les autres	Orteils 1 à 3 (ou 4) de la même longueur	pied grec avec un espace naturel entre le 1 ^{er} et le 2 ^{ème} orteil
Chaussures	Chaussures à bout rond	Autorisé à mettre des chaussures à bout pointu	Chaussures à bout carré	Autorisé à mettre des tong

Figure 5 : Types de pieds

Examen des orteils

L’examen recherche ensuite la présence d’une rupture de l’axe des orteils (désaxations), de chevauchements ou de déformations. Les plus fréquents sont résumés dans la **figure 6**.

Nom	Photo	Définition	Conséquence
Hallux valgus		Déviation de la base du gros orteil vers l’extérieur. Le 1 ^{er} orteil se rapproche du 2 ^{ème}	Bursite Appui sur le chaussage Douleur
Quintus varus		Bascule du 5 ^{ème} métatarsien vers l’extérieur du pied. Le 5 ^{ème} orteil se rapproche du 4 ^{ème}	Bursite Appui sur le chaussage Douleur
Orteil en griffe		Hyperflexion proximale et distale	Risque de maux perforants plantaires qui creusent à l’os
Orteil en marteau		Hyperflexion proximale, extension de la distale	Risque d’ulcération sur le dos de l’orteil

Figure 6 : Déformation des orteils

Examen des ongles et de l'espace interdigital

L'espace interdigital peut être le siège d'un intertrigo. Il s'agit d'une inflammation de la peau en lien avec un frottement (3). Il peut s'infecter secondairement par des germes bactériens ou fongiques et devenir une porte d'entrée pour des infections cutanées bactériennes conduisant à un risque d'érysipèle mais aussi d'infections de plaies variqueuses par exemple. Il se reconnaît par un érythème dans l'espace interdigital et une desquamation, parfois érosives voire ulcérales et malodorantes (4).

Son traitement comprend l'éviction des facteurs prédisposants (frottement, gestion de l'humidité) et l'application de topiques locaux en cas d'infection (éconazole si infection candidosique) (5).



Figure 7 : Onychomycose

Au niveau des ongles, l'**onychomycose** (cf. **figure 7**) se caractérise par des ongles jaunâtres, farineux. Il est rare que tous les ongles des orteils soient atteints. Il ne faut pas la confondre avec la **pachyonychie** qui est plus un signe de mauvaise circulation artérielle avec une fragilisation de l'ongle, un épaississement et un blanchiment. Une suspicion d'onychomycose sur 10 orteils doit plutôt conduire à demander un échodoppler artériel des membres inférieurs.

On peut voir sur les ongles de l'**onychogryphose** (= ongles très longs) et de l'**onychocryptose** (ongle incarné). Les ongles incarnés nécessitent parfois un traitement chirurgical pour supprimer l'interaction entre la plaque de l'ongle et le repli de l'ongle afin d'éliminer le traumatisme local et la réaction inflammatoire (6).

Examen de la peau

Pour bien examiner la peau d'un pied, on vous recommande de passer un coup d'alcool dessus afin de mieux révéler les callosités. Cela correspond à des épaississements de la couche cornée et au début des problèmes...

La présence de cors (**figure 8A**) est déjà un signe que l'hyperkératose prend de la profondeur. Le fait de marcher dessus amplifie l'hyperkératose et aggrave le phénomène.

Les œils-de-perdrix (**figure 8B**) sont des cors situés entre les orteils. À cet endroit, il y a très peu de chairs. L'accès à l'os est rapide et la plaie est à haut risque de s'infecter.



Figure 8 : Cors et œils-de-perdrix : le début des problèmes

C'est le moment où l'on peut dépister un mal perforant plantaire (MPP). Pour cela, il ne faut pas hésiter à supprimer les zones d'hyperkératose pour vérifier la plaie sous-jacente (**figure 9**). On pense que c'est un cor mais en fait ça creuse dessous... (le soin du MPP sera traité plus tard).



Figure 9 : Apparition d'un mal perforant plantaire après suppression de la zone d'hyperkératose

Examen neurologique et vasculaire

Cette partie est totalement incontournable pour ne pas passer à côté d'une neuropathie ou d'une artériopathie qui conditionnera le remboursement des soins de pédicurie chez les patients (**figure 10**) (7).

Grade	Description	Risque plaie	Remboursement
0	Pas de neuropathie, pas d'artérite	X 1	Pas de remboursement
1	Neuropathie sensitive isolée, pas d'artérite	X 5	Pas de remboursement
2	Neuropathie sensitive isolée + signes d'artériopathie +/- déformation des pieds	X 10	5 séances par an
3	ATCD ulcération et/ou d'amputation	X 25	8 séances

Figure 10 : Classification des risques et remboursement des actes de pédicurie

L'examen neurologique recherchera les réflexes ostéo-tendineux (rappelons que le réflexe achilléen aboli n'a pas toujours valeur de pathologie), l'atrophie musculaire et explorera les troubles de la sensibilité. La sensibilité est explorée de façon détaillée :

- Superficielle : monofilament 10g de Semmes-Weinstein, 3 tests sur 3 sites par pied ;
- Arthrokinétique : sens de position du gros orteil ;
- Pallesthésique : diapason de 128 Hz – 3 tests sur 1 site par pied ;
- Thermo-algique : le froid du diapason VS la chaleur de votre main suffit.

L'examen vasculaire comprend la recherche d'une anomalie de couleur (pâleur, ischémie, temps de recoloration cutané) et de chaleur du pieds. Il regarde aussi la présence des pouls périphériques (pédieux, tibial postérieur, poplité et fémoral (oui, on s'éloigne un peu du pied) et dans l'idéal la mesure de l'index de pression systolique ($IPS = \frac{PAS_{Minf}}{PAS_{MSup}}$).

Les résultats permettent de dépister une **artériopathie** ($IPS < 0.9$) ou une **médiacalcosse** ($IPS > 1.3$). En cas de doute après l'examen clinique, un **échodoppler artériel des membres inférieurs** est justifié et doit même être quasi-systématique en cas de plaie à traiter !

On peut résumer les atteintes cliniques du pied « neuropathique » et du pied « artéritique » par le tableau suivant (**figure 11**).

 ➔ Pouls bondissant ➔ Peau épaisse et sèche ➔ Hyperkératose ➔ ROT abolis ➔ Diminution de la pallesthésie ➔ Diminution de la perception thermique ➔ Diminution de la perception douloureuse ➔ Monofilament négatif Pied neuropathique	 ➔ Pouls distaux diminués ou abolis ➔ Peau fine, fragile et glabre (sans poils par ischémie) ➔ Pachyonychie ➔ Pied froid ➔ Amyotrophie ➔ Asymétrie Pied artérique
--	---

Figure 11 : Résumé des caractéristiques cliniques du pied neuropathique et du pied artéritique.

Le pied a été regardé sur toutes ses coutures (*en pratique, cela prend plus de temps à lire qu'à faire !*) et il est temps de l'examiner en charge pour rechercher des **déformations**. Le podoscope est alors très utile pour les identifier.

Dans le plan frontal, il faut rechercher un varus et un valgus et vérifier leur caractère réductible ou non. Dans le cadre d'une hypertonie déformante acquise, un pied en varus peut par exemple être traité par toxine botulique pour récupérer une flexibilité, améliorer l'appui et la marche (8).

La podoscopie permet d'identifier de façon précise les patients avec des pieds creux, plats, ayant des « hyper appuis » ou des « défauts d'appuis ». De façon normale, l'appui doit être continu entre l'hallux et le 5^{ème} orteil tout le long de la voûte plantaire. La **figure 12** montre les différents types d'appuis du pied (du pied creux au pied plat). Le stade ultime (à droite), où tous les tarses sont effondrés et même la malléole peut créer un appui, est appelé pied de Charcot et doit faire rechercher une origine neuropathique (9).



À ce stade, si votre patient est diabétique, polyvasculaire, polyneuropathique et avec un chaussage inadapté, il va falloir mettre en place les mesures hygiéno-diététiques et l'éducation du patient (ou de ses aidants) pour éviter que des plaies surviennent !

Serment 4 : « Le mal perforant plantaire, tu soigneras »

Le mal perforant plantaire (MPP) est une plaie d'origine ischémique, assimilable à une escarre, puisqu'il s'agit d'une plaie de pression liée à un appui prolongé sur une zone la plupart du temps hyperkératosique. La lésion est donc parfois cachée sous un cor mais « perce » le pied jusqu'à atteindre les tissus nobles.

Son développement se fait en plusieurs étapes (**figure 13**).



Figure 13 : Les différents stades du mal perforant plantaire

Le MPP est une plaie à traiter de façon pluridisciplinaire, en équipe, avec l'analyse préalable de tous les facteurs identifiés préalablement. Les piliers des soins sont : **Décharge + Contrôle du diabète + Antibiothérapie + Soins locaux** (médicaux ou chirurgicaux) + **Réadaptation + Éducation**.

La décharge est une question compliquée car sa mise en place perturbe grandement l'équilibre et peut générer des chutes. Les chaussures doivent décharger le lieu de la lésion : avant-pied ou talon selon les cas. Il peut être utilisée des semelles ajourées selon les situations (**figure 14**).



Figure 14 : Modèles de chaussures pour la décharge d'un mal perforant plantaire.

Le **contrôle du diabète** est essentiel. Un bon contrôle glycémique favorise la cicatrisation, limite l'immuno-dépression et le risque infectieux et prévient les récives. L'objectif glycémique reste fixé avec le patient en cherchant aussi à éviter les hypoglycémies.

L'**antibiothérapie** n'est pas systématique mais doit être envisagée en cas d'ostéite, d'arthrite, de signes généraux intenses. Il ne faut pas faire de prélèvement bactériologique superficiel d'un écoulement mais réaliser un vrai prélèvement protégé en passant en zone saine (méthode du curetage-écouvillonnage). Certains centres pratiquent la méthode d'aspiration/réaspiration de sérum physiologique, là aussi, en passant en zone saine. En cas d'infection confirmée, l'antibiothérapie est souvent lourde, prolongée, avec des effets secondaires non négligeables pour la personne.

La présence d'un MPP doit aussi faire vérifier la dernière vaccination antitétanique et la remettre à jour (un cas de tétanos a déjà été vu sur un MPP (10) !)

Les **soins locaux** comprennent d'abord un nettoyage abondant de la plaie (sans antiseptique !) : ne pas hésiter à y aller avec un petit cathéter et du sérum physiologique à la seringue pour bien laver et diluer la population microbienne locale. Ensuite, il faut travailler sur une peau périphérique saine et pour cela réaliser une détersion mécanique de toute l'hyperkératose sous-jacente. Des instruments spécifiques peuvent être utiles mais le scalpel reste un instrument bien efficace, à condition d'y aller doucement pour ne pas faire saigner le patient.

Ensuite, s'il s'agit d'une plaie infectée, le pansement ne devra pas être totalement occlusif (à bas les hydrocellulaires occlusifs) et plutôt antiseptique. Un alginate peut tout à fait s'envisager. De toute façon, dans le MPP, comme dans les escarres, le pansement ne fait pas le traitement à lui seul et ce sont toutes les mesures complémentaires qui vont être indispensables.

Un **traitement chirurgical** peut être nécessaire en cas de besoin d'une revascularisation (stenting ou pontage) mais aussi en cas d'ostéite, d'abcédation des tissus mous ou de gangrène. Les orthopédistes réaliseront dans ce cas une résection des tissus atteints (la plus limitée possible pour préserver la fonctionnalité du pied) et des prélèvements de qualité permettant de traiter efficacement la plaie.

En cas d'artériopathie, le geste vasculaire sera prioritaire sur le geste orthopédique.

Enfin, la **rééducation-réadaptation** fait partie du traitement pour maintenir la marche, entretenir la force musculaire, travailler la souplesse et l'amplitude articulaire et maintenir la meilleure circulation artérioveineuse possible.

La **figure 15** résume les principes de soins du MMP avec l'acronyme **DECAMPER** (11).

D	Décharge	Conseiller au patient souffrant d'un ulcère du pied diabétique de porter des chaussures de mise en décharge appropriées afin de réduire la pression plantaire.
E	Examiner	Examiner l'ulcère du pied diabétique et le patient.
C	Chirurgie	Débrider chirurgicalement l'ulcère du pied diabétique avec les tissus nécrotiques ou malsains. Éliminer l'hyperkératose.
A	Antibiotiques	Traiter le patient souffrant d'un ulcère du pied diabétique avec des antibiotiques appropriés en fonction de la gravité de l'infection.
M	Métabolisme	Optimiser les conditions médicales associées, telles que l'hyperglycémie, l'hyperlipidémie et l'hypertension
P	Pansements	Effectuer des soins fréquents de la plaie avec des pansements adéquats.
E	Éducation	Les patients souffrant d'un ulcère du pied diabétique ou présentant des facteurs de risque associés doivent recevoir une éducation sur l'autosoin du pied.
R	Références	Faciliter l'orientation précoce vers une équipe multidisciplinaire de référence du pied diabétique pour une prise en charge optimale de l'ulcère du pied diabétique.

Figure 15 : Résumé des soins à mettre en place pour traiter un mal perforant plantaire (Traduction libre de l'autrice de l'acronyme MADADORE (12))

Serment 5 : « De bons conseils aux patients (et aux équipes), tu donneras »

Tout en respectant l'autonomie décisionnelle de chaque personne, il est intéressant de donner des conseils aux patients et aux équipes soignantes qui accompagnent des patients diabétiques. Ainsi, on peut recommander des conseils d'hygiène et le port de certaines chaussettes et chaussures pour éviter les problèmes (**figure 16**).

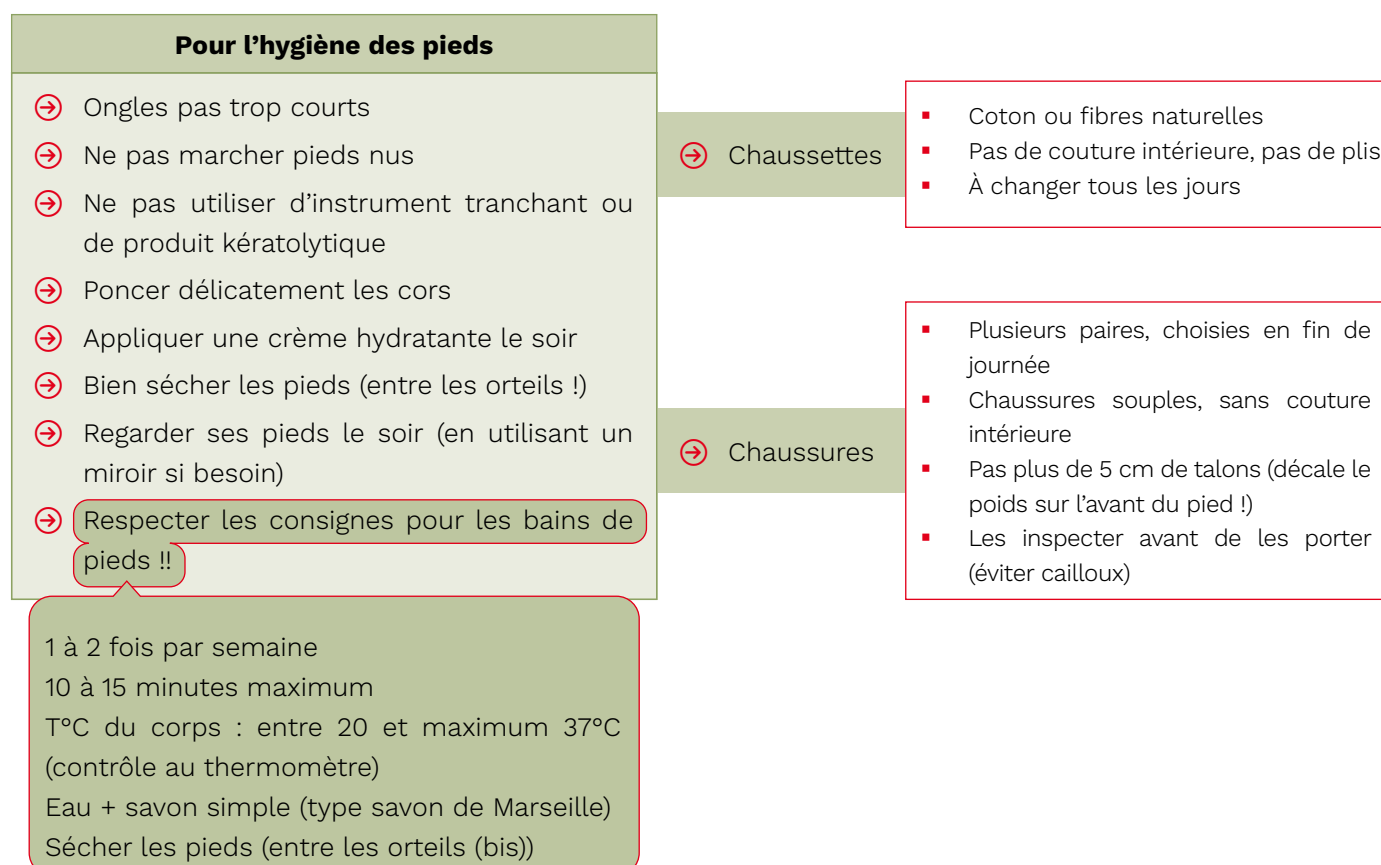


Figure 16 : Règles d'hygiène et « vestimentaire » pour le diabétique.

Nous espérons qu'après tout ça, « **Plus de secrets, le pied diabétique n'a pour toi** » !

Note des auteurs : l'intégralité des images ont été prises avec le consentement des personnes et sont libres de droit.

Dr Nathalie JOMARD

Géiatre – Centre Hospitalier Monts du Lyonnais

Nathalie.jomard@chmdl.fr

Dr Yann GROC

Géiatre – GHR Mulhouse Sud Alsace

Yann.groc@ghrmsa.fr

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références bibliographiques

1. Le Serment d'Augusta. Sorbonne Université et la Fondation AP-HP; 2021.
2. Hernández-Díaz C, Saavedra MÁ, Navarro-Zarza JE, Canoso JJ, Villaseñor-Ovies P, Vargas A, et al. Clinical Anatomy of the Ankle and Foot. *Reumatol Clínica*. 1 déc 2012;8:46-52.
3. T N, Ra M. PubMed. 2024. Intertrigo. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30285384/>
4. Society PCD. Primary Care Dermatology Society. Intertrigo. Disponible sur : <https://www.pcds.org.uk/clinical-guidance/intertrigo>
5. Romanelli M, Voegeli D, Colboc H, Bassetto F, Janowska A, Scarpa C, et al. The diagnosis, management and prevention of intertrigo in adults: a review. *J Wound Care*. 2 juill 2023;32(7):411-20.
6. Mayeaux EJ, Carter C, Murphy TE. Ingrown Toenail Management. *Am Fam Physician*. 1 août 2019;100(3):158-64.
7. Diabète : prévenir les complications du pied [Internet]. [cité 4 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/rhone/pedicure-podologue/exercice-professionnel/prescription-prise-charge/prise-charge-situation-type-soin/situation-patient-diabete>
8. Cheney C. Hypertonies déformantes acquises de la personne âgée. *Gaz Jeune Gériatre*. août 2021;(27):22-5.
9. Dardari D. An overview of Charcot's neuroarthropathy. *J Clin Transl Endocrinol*. déc 2020;22:100239.
10. Panning CA, Bayat M. Generalized tetanus in a patient with a diabetic foot infection. *Pharmacotherapy*. juill 1999;19(7):885-90.
11. Reardon R, Simring D, Kim B, Mortensen J, Williams D, Leslie A. The diabetic foot ulcer. *Aust J Gen Pract*. mai 2020;49(5):250-5.
12. Lazzarini P, Fernando M, Van Netten J. Diabetic foot ulcers: Is remission a realistic goal? *Endocrinol Today*. 2019;8(2):22-6.

HÔPITAL DE JOUR CHUTE



© xixinxing, 123RF Free Images

La chute est un syndrome gériatrique, c'est un enjeu de santé publique ⁽¹⁾. Il a été estimé qu'un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans et la moitié des personnes de plus de 80 ans vivant à domicile tombent au moins une fois par an ⁽²⁾.

L'hospitalisation de jour permet la réalisation d'un bilan gériatrique complet en ambulatoire, sans les inconvénients d'une hospitalisation conventionnelle. Nous proposons dans ce focus gériatrique la description du déroulement de l'HDJ Chute au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille.

Le fonctionnement

Les patients âgés chuteurs et/ou présentant des troubles de la marche et de l'équilibre peuvent être adressés par leur médecin traitant ou un médecin spécialiste pour bénéficier de cet HDJ chute.

Le déroulement de la journée est expliqué par les infirmières lors d'un premier contact téléphonique,

permettant de convenir de la date de l'HDJ. Un rappel est fait la semaine précédente. Le délai d'organisation est d'environ 3 semaines.

Une fois arrivé à l'hôpital de jour, le patient va rencontrer de manière systématique plusieurs intervenants.

Les intervenants

La diététicienne

Elle établit un diagnostic diététique décrivant l'état nutritionnel du patient et le type d'alimentation de celui-ci. Pour cela, elle prend en compte des données **anthropométriques** (variation de poids, bilan biologique, mesure circonférence brachiale, grip test...), **médicales** (antécédents, dernières hospitalisations...), **sociales** (cadre de vie, autonomie, aides à domicile...). Elle réalise le **MNA** (Mini Nutritional

Assessment). Elle se base également sur le **relevé alimentaire** effectué auprès du patient sur les trois repas types (ou plus) de celui-ci afin de savoir si ses besoins nutritionnels sont comblés et/ou adaptés aux pathologies.

La diététicienne dépiste un potentiel risque nutritionnel ou établit un état de dénutrition avérée en se basant sur les derniers critères de la HAS de 2021 pour la personne âgée de plus de 70 ans ⁽³⁾.

Elle définit avec le patient et son entourage des objectifs communs et réalistes sur le plan nutritionnel et/ou social. Elle propose de la documentation pédagogique adaptée à ses recommandations.

L'ergothérapeute

Elle utilise l'outil **Home FAST** (Home Falls and Accidents Screening Tools), qui est recommandé par l'HAS dans le cadre de la prévention et le traitement des risques de chutes.

L'objectif est de faire le point sur le domicile, afin de repérer s'il y a des risques de chutes liés à l'environnement ou liés aux habitudes de vie.

En fin d'entretien, elle fait la proposition d'aide(s) technique(s) et expose les références et ordonnances si nécessaire. Il existe aussi une possibilité de visites à domicile via le dispositif « bien chez moi » ou par le biais d'un(e) ergothérapeute libéral(e).

L'infirmier coordinateur

Le rôle de l'infirmier va être de se renseigner de manière précise sur le mode de vie, la fréquence des sorties, le périmètre de marche. Il va s'entretenir avec le patient et son aidant. Il s'aidera des échelles type ADL, iADL, LSA ou Life Space Assessment (échelle de cotation de l'espace de vie) (4).

Dans un même temps, chaque patient va bénéficier d'un dépistage des troubles neurocognitifs avec la réalisation de l'échelle MoCa.

Un bilan biologique est réalisé s'il est demandé par le médecin, l'ECG est systématique ainsi que la recherche d'une hypotension orthostatique.

Le médecin de Médecine Physique et Réadaptation (MPR)

Dans un premier temps, l'objectif va être d'identifier une diminution du contrôle postural et réaliser

une évaluation de la marche dans les différentes situations (marche sur terrain plat, marche pied en tandem, demi-tandem, marche en funambule, marche latérale, marche arrière, franchissement d'obstacle). Il étudie aussi les troubles de la statique rachidienne, l'impotence fonctionnelle, la limitation articulaire, les troubles morpho-statiques des pieds. Il s'aidera de l'échelle de BERG (5). Une version française est disponible facilement sur internet.

Dans un deuxième temps, après identifications des pathologies pouvant entraver la qualité de la marche ou des transferts, le médecin pourra proposer des supports techniques (canne, déambulateur), des séances de kinésithérapie adaptée et ciblée en fonction des pathologies, des auto-exercices afin de préserver la qualité de marche et la qualité de vie.

Le gériatre

Il réalise un interrogatoire ciblé sur la chute avec recherche des facteurs de gravité (notamment la recherche d'une ostéoporose, prise d'anticoagulant, antiagrégant, antécédents de chute avec station au sol prolongée, ...), des facteurs précipitants et des facteurs de risque.

L'ordonnance est récupérée et réévaluée, les circonstances de toutes les chutes sont revues avec le patient. L'évaluation d'une appréhension à la chute est réalisée par l'échelle Short FESI (6), la recherche du syndrome post-traumatique est évalué par l'échelle PTSD (7).

Un examen clinique complet est réalisé, ainsi qu'un time up and go test. Le syndrome dépressif est dépisté à l'aide de la mini-GDS.



Certains intervenants n'interviennent pas de manière systématique :

- **La psychologue** : intervient sur demande du médecin gériatre si identification d'un syndrome anxio-dépressif ou de troubles anxieux non contrôlés.
- **L'assistante sociale** : intervient sur demande du médecin gériatre en cas de nécessité d'introduction, de majoration ou de modification du plan d'aide à domicile.
- **Ophtalmologue** : réévalue les lunettes, dépiste la cataracte, glaucome, dégénérescence maculaire liée à l'âge ou autres.
- **Neurologue** : concerne les patients avec identification de syndromes neurologiques (syndrome extrapyramidal, suspicion de polynévrite...). Il réalise un examen neurologique complet. Il peut être sollicité pour la relecture d'une IRM cérébrale quand celle-ci a été réalisée.

Au fur et à mesure de la journée, une synthèse est réalisée entre les différents intervenants, puis le gériatre clôture avec une restitution auprès du patient. Un courrier provisoire lui est remis, ainsi que les ordonnances.

L'équipe HDJ-Chute du CHRU de Lille

Dr Marie WANHAM, chef de clinique en région de gériatrie, CHRU Lille, Centre Hospitalier de Douai

Dr Hacène CHERROUD, Médecin réadaptateur fonctionnel

Madame Maité LECLERCQ, Ergothérapeute

Madame Apolline ROSSI

Madame Chloé VASSEUR, Diététiciennes, CHRU de Lille

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références bibliographiques

1. Xu Q, Ou X, Li J. The risk of falls among the aging population: A systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2022;10:902599.
2. referentiel_concernant_levaluation_du_risque_de_chutes_chez_le_sujet_age_autonome_et_sa_prevention.pdf [Internet]. [cité 13 févr 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/referentiel_concernant_levaluation_du_risque_de_chutes_chez_le_sujet_age_autonome_et_sa_prevention.pdf
3. Haute Autorité de Santé. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3165944/fr/diagnostic-de-la-denutrition-chez-la-personne-de-70-ans-et-plus
4. Baker PS, Bodner EV, Allman RM. Measuring Life-Space Mobility in Community-Dwelling Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(11):1610-4.
5. Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Maki B. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Can J Public Health Rev Can Sante Publique*. 1992;83 Suppl 2:S7-11.
6. Yardley L, Beyer N, Hauer K, Kempen G, Piot-Ziegler C, Todd C. Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). *Age Ageing*. nov 2005;34(6):614-9.
7. Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, Sloan DM, Schnurr PP, Kaloupek DG, et al. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and Initial Psychometric Evaluation in Military Veterans. *Psychol Assess*. mars 2018;30(3):383-95.

ERGOTHÉRAPEUTE

Bonjour, peux-tu te présenter et expliquer ton parcours ?

Bonjour Sophie, je suis Mathilde, ergothérapeute diplômée depuis 2012 de l'institut de formation en ergothérapie de Berck-sur-Mer. J'ai d'abord travaillé un an et demi en EHPAD à Avesnes-sur-Helpe (il s'agissait alors d'une création de poste) puis environ 2 ans au centre hospitalier de Valenciennes (en court séjour gériatrique (CSG) et hôpital de jour (HDJ) principalement). Je suis arrivée au centre hospitalier de Douai en mars 2016 où j'ai d'abord exercé en temps partagé sur l'EHPAD et le CSG puis les CSG et UPUG (Unité Post Urgence Gériatrique) depuis novembre 2022. J'effectue également depuis mon arrivée de nombreux remplacements en Service Médical de Rééducation ainsi que des interventions en HDJ et pour l'équipe mobile de gériatrie.

Pourquoi avoir choisi de travailler en gériatrie et en milieu hospitalier ?

La prise en charge des personnes âgées est riche d'un point de vue relationnel. De plus avec ces patients, les objectifs de rééducation ont une visée fonctionnelle encore plus forte qu'avec les autres populations. C'est ce qui est particulièrement intéressant de mon point de vue d'ergothérapeute.

Il faut aussi reconnaître que, face au vieillissement évident de la population, les offres d'emploi dans le domaine de la gériatrie sont particulièrement nombreuses.

Au sein du CH de Douai, j'ai l'opportunité de réaliser des interventions dans de nombreux services ce qui permet de varier mes actions. J'apprécie aussi de pouvoir travailler en équipe pluridisciplinaire.

Quel est pour toi l'apport d'un(e) ergothérapeute dans les différentes unités ? Il y a-t-il des différences entre le court séjour, le SMR, l'EHPAD ?

Il y a des apports communs dans tous les services, par exemple les conseils en installation, positionnement, la rééducation/réadaptation, la mise en place d'aide technique (à la marche le plus souvent), faire du lien avec les équipes soignantes.

D'autres sont plus spécifiques. Ainsi au court séjour, il s'agira de faire un bilan de la situation, de l'autonomie, aider à l'orientation de la personne (retour à domicile, nécessité d'un passage en rééducation ?), commencer la rééducation pour les personnes allant ensuite en SMR, mettre en place la réadaptation et préconiser le matériel nécessaire lors d'un retour à domicile.

En SMR, notre intervention consiste surtout à mettre le patient en situation pour se rendre compte de ses capacités et difficultés (voire incapacités) et proposer des adaptations pour un RAD optimisé. Nous intervenons aussi pour intensifier la rééducation et la réadaptation.

En EHPAD, notre rôle est à la fois d'entretenir les capacités existantes par le biais d'activités ludiques et de réminiscence mais nous sommes beaucoup sollicités pour le positionnement des résidents.

Sais-tu comment interpeler des ergothérapeutes en ville ? Existe-t-il des dispositifs en ambulatoire ?

Je ne peux parler que du secteur de Douai que je connais ! Ici, il est possible de contacter certains organismes pour un relai à la maison : l'ESPRAD (Équipe Spécialisée de Prévention et Réadaptation à Domicile) pour des patients avec risque de chutes ou chuteurs, ou présentant une maladie de Parkinson ou une sclérose en plaques. Il existe également l'Almadia (anciennement URMAD) pour réaliser des visites à domicile et aider à la mise en place de matériel.

Dans toute la France, il est également envisageable de prévoir une consultation avec un ergothérapeute en libéral. Souvent, les dispositifs d'appui à la coordination peuvent aider à mettre en relation les familles et les patients avec les professionnels compétents.

Mathilde WEINCHTEIN
Ergothérapeute

Pour l'Association des Jeunes Gériatres



MYCOSE DU PIED ET ONYCHOMYCOSE

Ces mycoses cutanées superficielles sont des infections provoquées par la pénétration dans le stratum corneum de dermatophytes, champignons filamenteux. Les espèces le plus souvent en cause en France sont *T. rubrum* (70 %), *T. interdigitale* (15 %), *E. floccosum* (5 %) et *M. canis* (5 %). Elles sont responsables de lésions de la peau glabre, généralement prurigineuses et d'extension centrifuge (intertrigos des petits et grands plis, lésions circinées de la peau glabre, placards à bordure circinée), d'hyperkératose palmo-plantaire et d'atteintes des phanères (folliculite, teigne du cuir chevelu et de la barbe, onychomycose des orteils et des doigts).

Diagnostic

L'expression clinique variable de la mycose (aiguë, suraiguë, chronique) traduit les modalités de la réponse immunitaire du patient à la présence du parasite dans l'épiderme.

Certains facteurs (occlusion, chaleur et humidité) facilitent la survenue des intertrigos. L'atopie, le diabète, une anomalie de la kératinisation, une altération de l'immunité cellulaire (greffe d'organe, corticothérapie générale) et diverses affections (trisomie, affections neurologiques...) sont invoqués comme facteurs responsables d'une prévalence plus forte, de la persistance et de la récurrence des dermatophyties.

Le diagnostic, évoqué sur l'aspect clinique, n'est réellement confirmé que par la positivité à l'examen direct et en culture du **prélèvement mycologique** pratiqué en l'absence ou à distance de tout traitement antifongique topique ou systémique. Celui-ci, temps capital, doit être effectué dans un laboratoire expérimenté. Il est nécessaire au moindre doute devant une lésion de la peau glabre, et il est toujours nécessaire en cas d'onyxis ou de teigne.

Outils du traitement (2), (3)

La décision thérapeutique doit tenir compte de la localisation, de l'étendue des lésions, de leur pluralité, de l'astreinte et du risque mesuré d'une antifongothérapie systémique. Le suivi clinique attentif est le meilleur garant du résultat. Dans tous les cas, le critère de guérison doit être l'obtention d'une restitution ad integrum du tégument avec un examen mycologique de contrôle négatif et l'absence de récurrence vérifiée par un suivi prolongé.

Contrairement à des notions classiques, les *traitements antifongiques actuels associés à de « petits moyens »* (meulage des ongles, aération des plis...) permettent une guérison dans presque 100 %, quelle que soit la localisation de l'infection dermatophytique.

Traitement local

Il comporte d'abord la *suppression des facteurs favorisants*. La chaleur, l'humidité et l'occlusion sont des facteurs favorisant le développement des dermatophyties cutanées. Leur suppression est donc indispensable pour l'obtention d'une guérison. L'aération et le séchage soigneux des lésions cutanées feront donc partie intégrante du traitement. Dans les cas de dermatophyties des ongles, la réduction mécanique du foyer fongique facilitera la pénétration des antifongiques systémiques et locaux et accélèrera la guérison. Enfin, et pour éviter toute récurrence, les foyers primaires d'infection seront recherchés et traités. Ils seront précisés dans la stratégie thérapeutique pour chaque localisation.

L'utilisation d'un *antiseptique* n'est pas indispensable, mais celui-ci peut agir sur la présence d'agents infectieux (levures ou bactéries à Gram positif) fréquemment associés à celle du dermatophyte, en particulier dans les plis. L'antiseptique prévient aussi la survenue de surinfection dans les atteintes prurigineuses.

Un *kératolytique* sera prescrit en cas d'hyperkératose, notamment palmo-plantaire ou de croûtes du cuir chevelu. Le kératolytique peut être :

- Acide salicylique dans un excipient couvrant : vaseline, onguent ou autre, à une concentration choisie en fonction de l'épaisseur des lésions, ou en préparation commercialisée comme la Cold-Cream salicylée La Roche-Posay® ;
- Préparation à l'urée, soit en préparation magistrale ou commercialisée comme Kératosane® gel ou Xerial® 3, 10, 30 ou 50 SVR.

Traitement antifongique spécifique topique : les antifongiques les plus actifs sur les dermatophytes sont : la ciclopirox olamine (Mycoster®), l'amorolfine (Loéryl®), le tolnaftate (Sporiline®), la terbinafine (Lamisil®), et les dérivés imidazolés (bifonazole [Amcor®], miconazole [Daktarin®], isoconazole [Fazol®], omoconazole [Fongamil®], oxiconazole [Fonx®], kétoconazole [Kétoderm®], fenticonazole [Lomexin®], sertaconazole [Monazol®], sulconazole [Myk 1 p. 100®], éconazole [Dermazol®, Éconazole GNR®, Éconazole-ratiopharm®, Fongéryl®, Pevaryl®]).

Les applications sont :

- Biquotidiennes pour le tolnaftate (Sporiline®), la ciclopirox olamine (Mycoster®), les imidazolés : éconazole (Pevaryl®), isoconazole (Fazol®), miconazole (Daktarin®), tioconazole (Trosyd®) et terbinafine (Lamisil®) (uniquement dans le cas des intertrigos interorteils pour la terbinafine) ;
- Une fois par jour pour le bifonazole (Amcor®), l'omoconazole (Fongamil®), l'oxiconazole (Fonx®), le kétoconazole (Kétoderm®), le fenticonazole (Lomexin®), le sertaconazole (Monazol®), le sulconazole (Myk 1 p. 100®) et la terbinafine (Lamisil®).

Le choix des formes galéniques est fonction de la localisation à traiter. En pratique, nous réserverons les lotions, les gels et les poudres au traitement des lésions suintantes et macérées ; les crèmes seront réservées au traitement des lésions sèches et desquamatives. Ces produits sont en général très bien tolérés.

L'aggravation possible des signes locaux en début de traitement, en particulier avec les antifongiques d'action plus rapide (Kétoderm®, Amcor®, Myk®...) est davantage due à l'exacerbation des réactions immunitaires lors de la lyse du champignon qu'à une intolérance au produit. Elle nécessite l'arrêt du traitement dans un nombre faible de cas (< 2 %).

Les passages systémiques, très faibles, ne provoquent aucun effet secondaire. Les antidermatophytiques topiques utilisables chez la femme enceinte sont le tolnaftate (Sporiline®), le miconazole (Daktarin®), l'isoconazole (Fazol®), l'omoconazole (Fongamil®) et l'éconazole (Éconazole GNR®, Éconazole-ratiopharm®, Fongéryl®, Pevaryl®).

En cas d'échec thérapeutique apparent, avant d'incriminer l'antifongique dont l'efficacité dans les dermatophyties de la peau glabre est généralement supérieure à 85 % et souvent comprise entre 95 et

100 % (selon les études), plusieurs questions doivent être posées :

- L'indication d'une monothérapie est-elle appropriée ?
- Le diagnostic de dermatophytie n'est-il pas erroné ?
- N'y a-t-il pas persistance de facteurs favorisants ou de foyer de réensemencement ?
- La compliance est-elle bonne et la durée du traitement suffisante ?

Traitement systémique

Nous n'insisterons pas sur le fait que les antifongiques systémiques **ne doivent être proposés qu'avec un diagnostic prouvé d'infection à dermatophyte** et lorsque le seul traitement local est insuffisant pour guérir le patient.

Trois antifongiques sont disponibles : l'itraconazole (prescription hospitalière pour le moment, devrait être levée prochainement) le kétoconazole (Nizoral®) et la terbinafine (Lamisil®) (voir plus haut). La Griseofulvine qui était très pratique et efficace a été retirée.

Les contre-indications à leur prescription, et les effets secondaires doivent être parfaitement connus ; la surveillance doit être respectée avec une grande rigueur, sous peine d'accidents parfois graves. Elle consiste en une surveillance des fonctions hépatiques avant traitement, au 15^e jour de prise de kétoconazole puis toutes les quatre semaines jusqu'à la fin du traitement. Aucune surveillance particulière n'est demandée lors d'un traitement par la terbinafine ; cependant, nous conseillons une

surveillance des fonctions hépatiques ainsi qu'une numération-formule sanguine complète avant le début du traitement et après six semaines, comme cela est pratiqué aux États-Unis et au Canada.

Ces antifongiques ont une bonne distribution cutanée et parviennent jusqu'à la couche cornée où se trouvent les dermatophytes. Compte tenu de leur mode de distribution, l'administration du produit doit être continue et non intermittente comme certains auteurs semblent l'avoir proposés.

En raison de l'efficacité importante et de la bonne tolérance de la terbinafine, l'itraconazole est utilisé comme produit de deuxième intention pour le traitement d'une grande partie des dermatophyties, à l'exception les teignes microsporiques du cuir chevelu.

En cas d'échec, avant d'évoquer un problème de résistance, rare pour ces antifongiques systémiques, plusieurs questions doivent être envisagées :

- Le patient a-t-il pris son traitement régulièrement ?
- Ne prend-il aucun traitement interférant avec l'absorption ou l'action du médicament (par exemple, prise d'anti-acides, de barbituriques...) ?
- L'absorption est-elle bonne ? N'existe-t-il pas, en particulier pour les onyxis, d'affection sous-jacente (troubles de la circulation, psoriasis, traumatisme...) ou d'autres agents infectieux associés (bactéries ou corynébactéries dans les intertrigos, moisissure dans les ongles...) gênant l'appréciation des résultats ?
- N'existe-t-il pas de facteurs d'entretien ou de foyer de réinfections ?

Stratégie thérapeutique selon la localisation

Intertrigos interorteils (3), (4)



Un *antifongique local* sera utilisé avec, de préférence, une lotion, un gel, une crème peu couvrante ou une poudre. Les *poudres antifongiques* ont montré d'excellents résultats à elles seules, grâce à leur pouvoir asséchant au cours des études expérimentales (plus de 85 % de guérison). Dans notre expérience, nous utilisons volontiers une lotion, un gel ou une crème (à faire pénétrer par légers massages, ce qui paraît nous garantir la pénétration du principe actif) et une poudre (pour son pouvoir asséchant). Le traitement doit être poursuivi jusqu'à la restitution ad integrum de la peau entre les orteils, ce qui demande de 2 à 8 semaines. La mise à disposition de la forme crème du Lamisil® a réduit la durée du traitement des intertrigos dermatophytiques à une semaine (deux applications par jour).

Le traitement d'un intertrigo interorteil sans autre localisation associée ne justifie pas la prescription d'un antifongique systémique.

Les mesures additives au traitement antifongique jouent un rôle important dans l'obtention de la guérison définitive et dans la prévention de la transmission interhumaine de la dermatophytie, les espèces en cause étant anthropophiles.

Il est important d'obtenir la suppression des facteurs de macération par une bonne aération et un séchage soigneux (éventuellement avec un séchoir à cheveux) des espaces interorteils. Un antiseptique peut être appliqué si la lésion est très macérée et, en cas de vésiculo-bulles, une solution aqueuse de nitrate d'argent à 1 % sera utilisée.

Les mesures prophylactiques sont indispensables. La désinfection des foyers de réensemencement ne doit pas être omise : application de poudre antifongique (Daktarin®, Fazol®, Fonx®, Mycoster®, Myk®, Pevaryl®...) dans les chaussons, chaussures mises pieds nus (1), sur les tapis de salle de bain, etc. ; lavage à l'eau de Javel des bacs à douche et des carrelages ; traitement de tous les membres de la famille ayant une dermatophytie. Une hyperhidrose chronique doit être traitée.

TRAITEMENT LOCAL

Pour les leuconychies superficielles, la suppression de la zone envahie par grattage à la curette ou meulage, associée à l'application d'un antifongique topique durant 30 à 60 jours, est habituellement suffisante. Le Mycoster® et certains imidazolés (Amycor®, Kétoderm®, Myk 1 p. 100®), utilisés en crème sous occlusion de préférence, semblent bien pénétrer dans la kératine unguéale.

TRAITEMENT SYSTÉMIQUE

En France, trois antifongiques actifs par voie systémique sont disponibles : la griséofulvine, le ketoco-nazole et la terbinafine.

La *terbinafine* (Lamisil®) s'utilise à la dose de 250 mg/j en une prise au cours du repas pour un adulte de taille et de poids normaux. Un traitement de 6 semaines pour les ongles des mains et 3 mois pour les ongles des pieds a été retenu, ce schéma est d'une efficacité supérieure à celle d'un traitement par la griséofulvine ou le kétoconazole.

Onychomycose dermatophytique (1), (2), (5)



Un traitement local semble suffisant dans les cas de leuconychies superficielles, généralement dues à *T. interdigitale*, et dans les atteintes unguéales très limitées. Cependant, dans la majorité des cas un traitement systémique est indispensable, en particulier si l'hyperkératose est très importante, s'il y a une onycholyse sévère, une atteinte latérale, un dermatophytome et chaque fois qu'il y a une atteinte matricielle.

Il faut donc réellement se poser la question de l'intérêt de débuter ce traitement long et potentiellement toxique, avec parfois des interactions.

Mais surtout, deux solutions filmogènes sont aujourd'hui disponibles. Ce sont des formes galéniques bien tolérées qui sont bien adaptées au traitement de la tablette unguéale parasitée par un dermatophyte. Le ciclopirox acide (Mycoster®) s'applique quotidiennement, et l'amorolfine (Locéryl® solution filmogène à 5 %) une fois par semaine. En monothérapie, le taux de guérison clinique est d'environ 40 %.

Les taux de guérison clinique et mycologique sont de 100 et 80 % six mois après l'arrêt du traitement, alors qu'ils n'étaient que de 67 et 40 % à l'arrêt du traitement. La guérison clinique ne s'observera donc qu'après repousse complète de l'ongle (9 à 12 mois pour les ongles des orteils, 4 à 6 mois pour les ongles des mains). Le patient doit être prévenu de ce « délai » (2).

Le *kétoconazole* s'utilise à la dose de 200 à 400 mg/j en une ou deux prises pour un adulte de taille et de poids normaux. La dose de 200 mg/j peut être suffisante mais, le plus souvent, une dose de 400 mg est requise. Le traitement sera poursuivi jusqu'à guérison complète, soit de 4 à 6 mois pour les ongles des doigts et de 9 à 12 mois pour les ongles des orteils. Les facteurs limitant l'utilisation du *kétocazole* sont la durée du traitement, la surveillance hépatique régulière et le risque d'hépatite (idiosyncrasique non dose-dépendant), même s'il est rare.

Parmi les *mesures additives* au traitement antifongique, la réduction du foyer fongique unguéal est un acte complémentaire logique, car il facilite la pénétration des antifongiques systémiques et locaux et permet une repousse plus rapide de la tablette unguéale. Le meulage, le découpage à la pince ou l'avulsion chirurgicale partielle permettent, par un geste simple, de diminuer totalement ou en grande partie la zone parasitée.

L'association bifonazole et urée à 40 % (Amycor onychoset®), appliquée sous occlusion pendant plusieurs jours, permet de décoller sélectivement la portion pathologique de la tablette tout en respectant les attaches de l'ongle sain. Il suffit alors de découper cette zone parasitée et de nettoyer le lit de l'ongle. L'avulsion chirurgicale totale est tout à fait déconseillée (1).

L'association de la terbinafine et d'une solution fil-mogène semble améliorer les taux de succès et diminuer le pourcentage de rechutes. En France, une étude nationale associant un traitement oral de Lamisil® pendant 3 mois et une application hebdomadaire de Locéryl® pendant 15 mois versus Lamisil® en monothérapie pendant 3 mois dans le traitement des onychomycoses dermatophytiques avec atteinte matricielle a montré un succès thérapeutique supérieur et un taux moindre de rechutes dans le groupe associatif.

Les messages clés de la dermatologue :

- ➔ **Pas d'onychomycose sur un ongle sain** : chercher une anomalie de chaussage, une déformation du pied ou un traumatisme répété (limage excessif, chaussures pointues...).
- ➔ Chercher un **intertrigo** ou une **dermatophytie de la peau** associés (roue de Sainte Catherine),
- ➔ **Pas de traitement systématique sans prélèvement positif** (évite de surtaiter un simple épaissement unguéal sur traumatisme).
- ➔ Toujours peser la **balance bénéfices/risques** du traitement (pathologie sans risque, traitement local fastidieux, traitement général non dénué de risques et long).

Dr Sophie MASSART
Gériatre, Centre Hospitalier de Douai

En collaboration avec
Dr Sarah FAIZ
Dermatologue, Centre Hospitalier de Douai
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

1. Les onychomycoses. Dermatologie mondiale, 1988 : 18-23.
2. ELEWSKI et al Onychomycosis : pathogenesis, diagnosis, and management. Clin Microbiol Rev, 1998, 11 : 415-429.
3. ELEWSKI B, BERGSTRESSER PR, HANIFIN J et al. Long term outcome of patients with interdigital tinea pedis treated with terbinafine or clotrimazole. J Am Acad Dermatol, 1995, 32 :290-292.
4. FEUILHADE DE CHAUVIN et al Mycoses métropolitaines. Encycl Méd Chir (Paris), Dermatologie, 1998, 12-320-A-10.
5. SCHER et al Onychomycosis : therapeutic update. J Am Acad Dermatol, 1999, 40 : S21-S26.

COMPTE RENDU

19^{èmes} JOURNÉES NATIONALES

DE LA SOCIÉTÉ FRANCOPHONE

D'ONCO-GÉRIATRIE (SOFOG)

Voici ce que l'on peut retenir du dernier congrès de la SoFOG qui s'est déroulé du 6 au 8 décembre 2023 au Palais du Pharo à Marseille et dont les thèmes principaux étaient « virage ambulatoire et numérique en onco-gériatrie » et « Cancer thoracique chez le sujet âgé ».

La journée a débuté par un accueil chaleureux de la part de l'ancienne présidente de la SoFOG, le Pr De Decker, suivi du mot d'accueil des organisatrices, le Pr Couderc et le Dr Rousseau.

Parcours innovant prise en charge du patient âgé atteint d'un cancer du poumon

Cette plénière a débuté avec l'intervention du Dr Mogenet sur le parcours diagnostic actuel, avec un rappel épidémiologique et diagnostique chez le sujet âgé. Elle a rappelé qu'il s'agissait d'un cancer survenant à un âge médian de 68 ans, qui reste la **première cause de mortalité par cancer dans le monde**. Il s'agit d'un cancer encore majoritairement diagnostiqué au stade IV, sachant que ce stade avancé est d'autant plus présent avec l'avancée en âge des patients et que les traitements concordants avec ce stade de cancer sont donc de moins en moins possibles.

Elle précise toutefois que les patients âgés sont accessibles à davantage de traitements, mais que la difficulté à instaurer ces traitements réside dans les nombreuses comorbidités présentées par ces patients et qu'il est une fois de plus indispensable de réaliser un G8 pour orienter les patients en évaluation oncogériatrique, afin d'évaluer l'ensemble des fragilités des patients permettant d'adapter ensuite la thérapeutique antinéoplasique.

Il est évoqué également les résultats très satisfaisants de la **biopsie liquide** pour le diagnostic histologique, ce qui semble pouvoir être une solution intéressante pour nos patients âgés comorbides, afin également d'accélérer leur prise en charge thérapeutique par la suite.

Ensuite, le Dr Corre est intervenu concernant les parcours thérapeutiques actuels, parlant des traitements classiques, de leurs alternatives et de l'accès à l'innovation thérapeutique. Il a tout d'abord abordé le sujet de la **chirurgie**, signalant que la thoracotomie était devenue une chirurgie vidéo-assistée, permettant de diminuer les complications post-opératoires, réduire le séjour hospitalier, diminuer le temps de réhabilitation post-opératoire, et diminuer le nombre de transfert en USI. Il a par la suite précisé que pour certains stades de tumeurs, il pouvait également être réalisé une segmentectomie ou une lobectomie.

Concernant les stades IIa et IIIa, le bénéfice d'une **chimiothérapie adjuvante** se discute chez le sujet âgé de plus de 70 ans et ne semble pas bénéfique au-delà de 75 ans, mais le bénéfice d'un traitement par Osimertinib sur 3 ans en cas de mutation EGFR présente semble indéniable sur la survie du patient.

Concernant la **radiothérapie stéréotaxique**, celle-ci est supérieure à la radiothérapie standard en termes d'efficacité chez le patient non opérable. Il a rappelé l'importance de la **préhabilitation** avant tout geste chirurgical pour améliorer la récupération du patient en post-opératoire. En cas de maladie non opérable (stade localement avancé ou métastatique), il a rappelé la possibilité de réaliser une

chimiothérapie suivie d'une radiothérapie séquentielle avant l'ajout éventuel d'une immunothérapie. Il précise que chez le sujet âgé atteint d'un cancer thoracique, 25 % ont une mutation EGFR et 25 % une mutation MET exon 14, d'où l'importance également chez ces sujets de réaliser une recherche des drivers oncogéniques pour proposer un traitement au plus juste chez ces patients.

Enfin, les anticorps bispécifiques et d'autres nouveaux traitements en cours de développement sont évoqués mais avec un bémol concernant leur utilisation chez le sujet âgé puisque les études sont principalement réalisées chez des sujets « jeunes » et parce que ces traitements présentent des effets indésirables importants.

Le Pr Denis a ensuite pris la parole concernant la place des acteurs et du **numérique** dans les parcours de soins actuel et futur. Il nous invite à utiliser la télésurveillance pour un meilleur suivi du patient, en privilégiant une seule application (avec réglementation CE) pour que cette dernière suive tous les

cancers, tous les traitements et tous les parcours de soins, selon un algorithme validé, à jour et non modifiable par un médecin pour s'assurer de la fiabilité du suivi des patients. Il nous rappelle également l'importance des IDE de coordination, pendant le traitement du patient notamment, afin d'améliorer l'adhésion de celui-ci à son projet thérapeutique. L'utilisation d'une application permet d'améliorer la qualité de vie du patient, de diminuer le nombre de passage aux urgences, de mieux contrôler les symptômes et de diminuer la dose-intensité.

S'en est suivi l'intervention du Pr Puig sur le parcours sans biopsie avec l'ADN circulant aussi appelé biopsie liquide. Il y précise qu'il existe différents types de PCR pour l'analyse de ces biopsies, et qu'elles pourraient éviter 60 à 80 % de biopsie tissulaire selon la technique utilisée. Il reste un point à éclaircir concernant l'hématopoïèse clonale du patient qui semblent fausser en partie les résultats.

Actuellement la stratégie à adopter reste la réalisation de la biopsie liquide puis de la biopsie solide.

Innovations thérapeutiques

C'est tout d'abord le Dr TOMASINI qui est intervenu sur la biologie moléculaire et les thérapies ciblées. Il y a notamment rappelé l'intérêt des thérapies ciblées en fonction des drivers oncogéniques retrouvés, précisant pour diverses molécules, les posologies et les surveillances biologiques à réaliser. L'un des points importants de cette intervention a été également son rappel sur le bénéfice apporté sur la qualité de vie des sujets âgés avec l'administration de ces thérapies ciblées.

C'est ensuite le Dr Pérol qui s'est intéressé aux immunothérapies. Il a rappelé l'intérêt du CTLA-4 et du PDL-1 en immunothérapie, de même que certains mécanismes de résistances à l'immunothérapie. Il a précisé l'intérêt d'avoir en concomitant une chimiothérapie pour rendre la tumeur « inflammatoire » et donc plus sensible à l'immunothérapie.

Ce fut enfin au tour du Pr Cortot de nous parler des nouvelles molécules. Il a commencé avec les anticorps conjugués, qui s'attaquent à des antigènes spécifiques du cancer, et sont reliés à un agent cytotoxique par un linker permettant une meilleure efficacité pour tuer la cellule cible, voir les cellules alentour avec un mécanisme « By stander ».

Il a ensuite abordé le sujet des anticorps bispécifiques ayant deux cibles, et permettant soit un blocage de la cellule cancéreuse soit un rapprochement de la cellule cancéreuse avec un lymphocyte T.

Enfin, il a abordé le sujet de l'immunothérapie rappelant tout d'abord que les patients âgés trop fragiles (unfit) n'avaient aucun bénéfice à recevoir une association chimiothérapie + immunothérapie et qu'il fallait privilégier l'immunothérapie seule après 75 ans. Il a également précisé que la toxicité de ce type de traitement était présente dans les deux premiers mois de traitement et qu'il fallait penser à diminuer les IEC et les diurétiques l'été pour limiter les complications des diarrhées induites par l'immunothérapie. Il en a profité pour insister sur le peu d'études réalisées chez la personne âgée concernant les nouvelles thérapies et sur le caractère indispensable d'une recherche des fragilités du sujet âgé, même avec un G-CODE (mini évaluation gériatrique standardisée) pour déterminer la balance bénéfice/risque des traitements proposés et pour élaborer ensuite un plan coordonné de soins pour la prise en charge des fragilités de ces personnes et optimiser ainsi leur tolérance aux traitements.

Ambulatoire et numérique



C'est tout d'abord le Pr Piau qui est intervenu sur le thème « État de l'art », pour mieux comprendre l'impact des technologies de l'information et de la communication, permettant d'obtenir une information de qualité vis-à-vis du patient qui sera moins stressé, avec un recueil d'informations plus poussées dans le temps. Il s'agira d'informations plus objectives, contextualisées, détaillées et riches (évolution de la personne dans son milieu de vie par exemple), de haute fréquence (mesures continues toutes les heures), avec un lissage des variations intra-individuelles (mesures multiples dans le temps de certaines variables comme la tension artérielle mais aussi la thymie). Cette collecte d'informations sera automatisée pour valoriser le temps d'échange avec les patients.

Ce fut ensuite au Dr Monneur et Dr Dory de nous parler de la gestion des thérapies orales en ambulatoire avec l'expérimentation Onco'Link à Marseille (article 51). Il s'agit ici d'une expérimentation de suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux, permettant une meilleure coordination ville/hôpital pour le suivi des effets indésirables et la gestion de l'observance des patients vis-à-vis de leurs traitements. Ce projet fait suite à la mise en évidence d'un manque de financement dans ce domaine, d'un manque de coordination ville/hôpital induisant une détection tardive des effets indésirables et une diminution de l'observance aux traitements. Cette expérimentation se déroule en 3 séquences, la première étant la primo-prescription réalisée par l'oncologue, la seconde celle de la consultation de renouvellement réalisée par une IPA et la dernière étant la consultation de suivi à distance réalisée par une IDEC ou

le médecin traitant. Toutes ces phases bénéficiant d'un suivi par le pharmacien d'officine notamment au niveau de l'observance des patients, et le passage à la séquence 3 ne pouvant d'ailleurs se faire que si le pharmacien d'officine accepte de poursuivre le suivi du patient. Enfin, il a été rappelé qu'il existait également des parcours d'accompagnement complémentaires via Continuum, que sont PICTO et AKO@dom, avec pour le premier un recrutement et un suivi par le pharmacien d'officine (4 entretiens) qui réalise ensuite une coordination avec l'hôpital et pour le second, un suivi par une IDE libérale (9 visites à domicile).

Cette plénière s'est ensuite terminée avec l'intervention des Dr Corréard et Dr Seguin sur la gestion des toxicités à domicile et les outils existants pour les dépister. Un intérêt a été porté aux PRO (Patients Reported Outcomes) qui sont pourvoyeurs notamment d'une diminution de l'observance. Sont alors apparus les ePRO sur ordinateur, smartphones... sous forme de questionnaires à remplir, qui génèrent des alertes ensuite auprès d'une IDEC qui fait ensuite remonter l'information à l'oncologue. Ces informations permettent d'améliorer les algorithmes d'alerte par la suite pour limiter le nombre de faux positifs. Grâce à cela, nous pouvons améliorer l'adhérence des patients aux traitements, permettre un meilleur contrôle des symptômes et de la survie globale, ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie des patients. Chez la personne âgée, l'utilisation de ces outils est recommandée s'ils sont adaptés à la population cible, avec pour exemple la Plateforme Hospitalière d'appui à la gestion des Traitements en Oncologie Ho.P.T.On).

La mise en œuvre de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) chez le patient âgé



Le lendemain, le congrès s'est ouvert sur cette plénière avec pour premier intervenant le Pr Lambaudie concernant les principes généraux de la RAAC et l'approche numérique. Il y a rappelé que l'objectif de la RAAC est de diminuer le stress post-opératoire ainsi que la morbidité, les coûts de séjour et la durée de séjour, mais que cela a également vocation à améliorer la récupération des patients et permettre des traitements adjuvants précoces. La RAAC se réalise en 3 temps : pré-opératoire avec la préparation au geste chirurgical, la préparation physique du patient, son information sur le traitement..., une phase per-opératoire avec des chirurgies mini-invasives, une anesthésie avec des molécules de courte demi-vie... et une phase post-opératoire avec un lever précoce des patients, une ablation précoce de la sonde urinaire... Il a également rappelé que le succès de la RAAC dépend de la compliance du patient à ce programme, mais que nous devons également nous adapter aux fragilités et comorbidités du patient pour optimiser ses résultats (évaluation avec un enseignant APA, une psychologue et une diététicienne). Il a enfin présenté un outil, l'IPC Connect, qui permet le suivi et l'accompagnement des patients atteints de cancer, qui est un complément de la RAAC mais à domicile.

Ce fut ensuite au tour du Pr Falandry de nous parler de la préhabilitation et de PRO ADAPT. Elle a commencé par rappeler que les particularités propres à chaque patient n'étaient pas nécessairement prises en compte dans un programme de réhabilitation, ce qui était peu adapté aux personnes âgées. C'est pourquoi l'étude PROADAPT a été réalisée, afin de mettre en place un accompagnement personnalisé du sujet âgé à risque de dépendance (PROADAPT : Préparation du Retour à domicile en Oncogériatrie : Accompagnement personnalisé du sujet âgé à risque de Dépendance Anticipé Pluriprofessionnel et de Transition) : cela a permis la mise en place d'interventions multifactorielles avec un logiciel de recueil et des entraînements réalisés par des enseignants APA pour réaliser un programme adapté au sujet âgé (détenteur également d'un carnet de suivi).

Est intervenu ensuite le Pr Zieleskiewicz pour nous parler de RAAC et d'anesthésie. Il a rappelé la réalisation du score CFS (Clinical Frailty Scale) qui, s'il est supérieur ou égal à 5, traduit une fragilité chez un patient motivant le démarrage d'une préhabilitation. Il a insisté également sur la nécessité en préopératoire de déprescrire un maximum de traitements avant l'anesthésie pour limiter le risque de complications et notamment de délirium, tout en veillant à rester le plus physiologique possible le jour de l'opération (diminuer le temps de jeûne...). En per-opératoire, il préconise de titrer et monitorer de façon « individualisée » les traitements administrés au patient pour limiter le stress chirurgical et de réaliser un lever précoce des patients en post-opératoire pour prévenir le délirium.

Enfin, ce furent au tour de Mme Calvin et du Dr Braticevic de conclure cette plénière sur la thématique (coach physique et nutrition ». Elles ont pu rappeler l'importance d'évaluer les ingestas et de réaliser une évaluation la plus complète possible sur l'état nutritionnel des patients avant initiation des traitements. Elles ont d'ailleurs souligné l'importance, y compris chez le sujet âgé, à réaliser une nutrition entérale dès que nécessaire. Nous avons eu le plaisir d'apprendre que maintenant certaines mutuelles remboursent l'activité physique adaptée (et non le « sport ») chez les patients en ALD permettant davantage de réaliser ces programmes chez les sujets âgés, y compris en Maison Sport Santé.

Session SOFOG + Société de Pneumologie de Langue Française

Divers points ont pu être abordés durant cette session. Tout d'abord, il est souligné qu'un tiers des patients présentant des cancers du poumon stade I donc éligibles à la chirurgie sont âgés de plus de 75 ans. Il est donc rappelé la nécessité de réaliser une évaluation oncogériatrique pour s'assurer de la faisabilité du geste chirurgicale, qui devra être dans ce contexte le moins traumatique possible pour optimiser les soins et améliorer la fonction ventilatoire des patients. Il est ensuite expliqué que la radiothérapie fait à peu près aussi bien que la chirurgie sur les 15 premiers mois de traitement en termes de survie notamment

sans récurrence locorégionale. Les rechutes seraient davantage ganglionnaires, comme après une radiothérapie stéréotaxique, et il serait donc intéressant de réaliser, avant de débuter un traitement par radiothérapie, un staging ganglionnaire pour s'assurer d'un faible risque de récurrence locale et de la faisabilité de ce traitement. Enfin, il est conclu sur le fait que la chimiothérapie présente des bénéfices au cas par cas selon les patients, notamment en fonction des comorbidités que présentent ceux-ci et qui sont objectivées (et dans l'idéal prises en charges) au décours d'une évaluation oncogériatrique.

Cancer bronchique au stade précoce chez le sujet âgé



Cette plénière a débuté avec l'intervention du Pr Couraud sur la prévention et le dépistage du cancer du poumon chez le sujet âgé. Il nous rappelle tout d'abord qu'il s'agit d'une pathologie multifactorielle et qu'il y a toujours un bénéfice à l'arrêt du tabac. Il précise que la radiographie pulmonaire n'a aucun intérêt en matière de dépistage, et qu'en dépistage il est préférable chez les sujets à risque (tabagiques, de 50 à 75 ans) de réaliser un scanner thoracique faiblement dosé et non injecté.

Ensuite, ce fut au Pr Thomas d'intervenir sur les techniques chirurgicales et les nouveaux modes de prise en charge. Il a débuté en signalant que les approches mini-invasives présentent un taux de résection R0 équivalent aux autres chirurgies, avec possibilité également de réaliser un staging ganglionnaire équivalent. Ces chirurgies permettant également une diminution de la durée d'hospitalisation,

une diminution des effets indésirables graves après sortie d'hospitalisation, une diminution du taux de complications et une absence de différence sur la survie aussi bien globale que sans progression. Enfin, des exérèses conservatrices de type angioplastie et bronchoplastie permettant également d'éviter les pneumonectomies, elles améliorent également la qualité de vie des patients.

Enfin, le Dr Levy nous a parlé des alternatives à la chirurgie avec tout d'abord la radiothérapie interventionnelle puis la radiothérapie stéréotaxique. Il précise qu'avant la réalisation de ces traitements, il peut être intéressant de réaliser un score Herder pour savoir si la néoplasie du patient est à haut risque de malignité. Si le patient présente un risque de récurrence à distance (sachant qu'il n'y a dans ce contexte pas de curage ni de staging) il est préconisé de réaliser une radiothérapie stéréotaxique couplée à l'administration d'une immunothérapie anti-PD-1.

Troubles cognitifs liés au cancer

C'est Mme Duivon qui nous a tout d'abord parlé des recommandations sur la prise en charge des troubles cognitifs en cancérologie au-delà des tumeurs cérébrales. Après quelques rappels sur la mémoire et les TNC, elle nous a fait part de l'intérêt pour la prise en charge de ces TNC de réaliser un entraînement cognitif sur tablette, ou une réhabilitation cognitive ou encore de réaliser des exercices physique CBT (entrant dans les thérapies cognitivo-comportementales). Elle nous a ensuite parlé du projet iPAAC visant notamment à prendre en charge les TNC post-cancer avec malheureusement peu de renseignements sur la prise en charge de ces troubles chez les sujets âgés.

Ensuite, ce fut au Dr Tallet-Richard de nous parler de la radiothérapie et de ses conséquences sur la cognition. Elle nous a rappelé les dommages vasculaires mais aussi parenchymateux et cellulaires que peut créer une radiothérapie encéphalique avec les TNC que cela peut engendrer, mais qui sont moindres avec une radiothérapie stéréotaxique. Ces troubles sont principalement une altération de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives, avec une

prédisposition chez les sujets de plus de 60 ans, avec un faible niveau d'éducation, une fragilité, en fonction de la localisation et du volume de la tumeur, ainsi qu'en fonction de la présence de l'APO E allèle 4. D'autres thérapeutiques d'irradiation sont en cours d'évaluation à ce niveau actuellement.

Pour finir, ce fut au Pr Tabouret de clore cette dernière plénière en parlant de tumeur cérébrale et de troubles cognitifs. Elle y rappelle que les TNC peuvent être le mode d'entrée d'une maladie neurologique tumorale, notamment si la localisation est cérébrale profonde, temporale, frontale ou au niveau du corps calleux. La prise en charge sera toujours étiologique, il faudra réaliser un bilan neuropsychologique et prévoir une rééducation orthophonique et cognitive par la suite. Les complications peuvent être brutales (épilepsie et AVC) mais aussi subaiguës (progression tumorale, méningite carcinomateuse ou hydrocéphalie) voire chronique entre 2 à 5 ans post-radiothérapie avec une atteinte vasculaire ou post-chimiothérapie avec un chemobrain. L'important dans ce contexte reste la réhabilitation cognitive.

**Le prochain congrès de la SOFOG aura lieu les 25, 26 et 27 septembre 2024
au Centre des Congrès de Poitiers.**

Edition 2024

À NOTER SUR VOS AGENDAS !

25, 26 et 27 septembre 2024

20^{èmes} JOURNÉES NATIONALES

Palais des congrès de **POITIERS**

Retrouvez toutes les actualités de l'oncogériatrie et, cette année, des sessions spéciales sur les thématiques :

- **Hématologie**
- **Activités Physiques Adaptées**

SoFOG
SOCIÉTÉ FRANCOPHONE D'ONCO-GÉRIATRIE

Toutes les informations sur **congres-sofog.com**

www.sofog.org
#congresSoFOG

Dr Ludovic ROBBE

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

DES CHUT OU DES CHUP POUR MES PIEDS ?

L'expression « trouver chaussure à son pied » est un adage bien connu mais à partir d'un certain âge il ne s'agit plus vraiment de tomber en pamoison mais plutôt d'éviter de tomber tout court. Trêves de plaisanteries, le chaussage est un des points de vigilance qui caractérise la prise en charge du patient gériatrique particulièrement en cas de chute. La classique ordonnance de chaussures CHUT n'est inconnue pour aucun d'entre nous, cependant sommes-nous bien au fait de toutes les petites subtilités ?

CHUT ou CHUP quelle différence ?

Pour commencer, les deux types sont regroupés sous le nom Chaussures Thérapeutiques de Série (CHTS) qui sont des chaussures de traitement autrement dit des dispositifs médicaux. Elles peuvent à ce titre bénéficier d'une prise en charge par la Sécurité Sociale.

En 2020, la Haute Autorité de Santé (HAS) a actualisé ses recommandations sur le soin des pieds chez les personnes de plus de 60 ans (1). Les chaussures sont abordées et notamment les chaussures thérapeutiques de série : « une chaussure thérapeutique de série est destinée à des patients dont les anomalies constatées au niveau du pied demandent un maintien, un chaussant particulier ou une correction que ne peut assurer une chaussure ordinaire, sans pour autant justifier l'attribution d'une chaussure thérapeutique sur mesure ».

Il existe différents types de chaussures thérapeutiques de série : les CHUT (Chaussures Thérapeutiques à Usage Temporaire) et les CHUP (Chaussures Thérapeutiques à Usage Prolongé). Dans les recommandations de la HAS la seule différence entre l'utilisation de CHUT ou de CHUP réside donc dans le caractère temporaire ou non de l'anomalie du pied présentée par le patient.

Les CHUT sont réparties entre :

- Les chaussures à décharge de l'avant-pied ;
- Les chaussures à décharge du talon ;
- Les chaussures pour augmentation du volume de l'avant-pied.

Quelles modalités de prescription et de délivrance ?

La prescription des chaussures thérapeutiques est possible par tout médecin mais également par quelques professions paramédicales telles que les

ergothérapeutes, les pédicure-podologues ou les infirmiers de pratique avancée (IPA). Celle-ci doit être réalisée avant l'achat des chaussures sur une ordonnance, séparée de toute autre prescription.

La CHUT peut être délivrée à l'unité ou en paire, elle est ajustée à la pointure du patient. La CHUP est délivrée en paire, identique ou non.

On trouve les CHTS en pharmacie ou en magasin de matériel médical spécialisé, la vente en ligne n'est pas autorisée afin de garantir un conseil par un professionnel habilité lors de l'achat.

Quelle prise en charge par la Sécurité Sociale ?

Le remboursement des CHTS est de 60 %, cependant si la prescription peut rentrer dans le cadre d'une ALD exonérante la prise en charge est de 100 %. À noter cependant une particularité pour les patients résidents en EHPAD. En effet, depuis le 22.07.2021, les CHUT entrent dans le forfait de soins de l'établissement et ne sont donc plus remboursées par la Sécurité Sociale pour ces derniers.

La sécurité sociale prend en charge une paire de CHUT par an, la prescription n'est pas renouvelable du fait de l'utilisation **temporaire** théoriquement indiquée.

Les conditions de remboursements sont telles que suit :

- Pour les CHUT à décharge de l'avant-pied et à décharge du talon uniquement en cas de pathologies ou de lésions d'origine post-chirurgicale, traumatique ou médicale ;
- Pour les CHUT à augmentation de volume de l'avant-pied uniquement en cas d'inflammation ou d'œdème avec trouble trophique ou risque de trouble trophique.

Pour les CHUP, la sécurité sociale rembourse également une paire de chaussures par an. Cependant, la première année, l'acquisition d'une seconde paire de chaussure est possible après un délai minimum de 3 mois moyennant une nouvelle ordonnance. La HAS définit cette possibilité telle que « À titre exceptionnel, sur argumentation du prescripteur, une deuxième paire de CHUP peut être prise en charge si le mode de vie du patient le requiert » (2).

Les indications de prise en charges des CHUP sont les pathologies rendant incompatibles le port de chaussures classiques du commerce telles que :

- les pathologies neuromusculaires évoluées ;

- les préventions de lésions, les lésions ou atteintes du pied liées à des pathologies neurologiques, vasculaires, métaboliques et orthopédiques avec risque évolutif en termes de douleur, de raideur et de troubles trophiques.

Quand le profil du pied du patient est vraiment spécifique et que ni une CHUT, ni une CHUP ne convient, une prescription de chaussures sur mesure peut être justifiée. Enfin, comme le dit encore cette recommandation de la HAS : « Le choix d'une chaussure est souvent guidé par un souci d'esthétique autant que par un souci de confort. Il est recommandé d'informer les patients et de les aider à adopter un chaussage qui représente **un compromis satisfaisant entre les nécessités thérapeutiques et leurs souhaits** ».

Bonus : Quel chaussage pour les patients à risque de chute ?

[Extrait de la fiche outil n°8 de la recommandation de la Haute Autorité de Santé (1)]

Il est recommandé aux patients âgés de porter des chaussures et de limiter le port de chaussons ou de pantoufles peu stabilisants pour le pied et susceptibles d'augmenter le risque de chute. Les chaussures de série sont les plus utilisées.

Il est recommandé de conseiller :

- Un chaussage non contraignant respectant le volume du pied et permettant le port d'une orthèse plantaire si nécessaire ;
- Un semelage dont l'épaisseur et la rigidité sont adaptées aux objectifs recherchés ; un semelage épais permet un meilleur amorti des pressions, un semelage rigide réduit la douleur lors d'arthropathies inflammatoires, une semelle mince diminue les chutes en situation expérimentale ;
- Une semelle flexible au niveau métatarso-phalangien ;
- Un talon inférieur à 2,5 cm à assise large et horizontale pour assurer une bonne stabilité du pied ;
- Une empeigne souple, dépourvue de coutures ou de brides inextensibles ;
- Un maintien empêchant le pied de glisser dans la chaussure ou de déchausser le talon à la marche ; les chaussages sans aucun maintien comme les mules sont source de déséquilibre et sont à proscrire pour limiter le risque de chute ;
- La présence d'un contrefort rigide ;
- La possibilité d'ajuster le maintien au pied et le serrage par un système de fermeture réglable ;
- Des modèles faciles à mettre en place, avec une tige à ouverture large et des systèmes de fermeture adaptés aux capacités de préhension du patient ;
- Des matériaux lavables chez les patients incontinents ;
- Une semelle à coefficient de friction moyen, afin de favoriser la stabilité sur les surfaces habituelles dans les activités de la vie quotidienne ;
- Une chaussure haute maintenant latéralement la cheville ;
- Le port de chaussures appropriées à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de la maison.

Références

1. Haute Autorité de Santé. Le pied de la personne âgée : approche médicale et prise en charge de pédicurie-podologie [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_272462/fr/le-pied-de-la-personne-agee-approche-medicale-et-prise-en-charge-de-pedicurie-podologie
2. Haute Autorité de Santé. Rubrique : Industriels / Dispositif. 2006. Chaussures thérapeutiques à usage temporaire (CHUT) / chaussures thérapeutiques à usage prolongé (CHUP) / chaussures thérapeutiques sur mesure. [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_455863/fr/chaussures-therapeutiques-a-usage-temporaire-chut-/-chaussures-therapeutiques-a-usage-prolonge-chup-/-chaussures-therapeutiques-sur-mesure

Dr Manon CASTEL

Praticien Hospitalier Contractuel au CH de Douai
Service de Soins Médicaux et de Réadaptation

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

L'AJG poursuit sa coopération avec les jeunes gériatres de France et d'ailleurs ! Lors des dernières Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, nous avons partagé le « Corner Jeunes » avec nos compères de l'Association Nationale des Internes de Gériatrie (ANAIG) et de l'European Academy for Medicine of Aging (EAMA). L'occasion, comme l'an dernier et – nous l'espérons – l'an prochain, de vous rencontrer et d'échanger tous ensemble sur la Gériatrie de demain.

En parallèle, nous poursuivons le tour du monde de la gériatrie francophone avec la Saison 2 de Radio AJG : Belgique, Canada, Luxembourg et désormais Maroc.

Retrouvez ces interviews de jeunes gériatres nous présentant la place de la Gériatrie dans leurs pays



Le 19 janvier dernier, pour la troisième année consécutive, l'AJG était aux côtés de l'ANAIG et du Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG) pour la Journée des Docteurs Juniors. Nous animions la session « communication et gestion des conflits » et participions à la présentation de divers cursus. La journée semble avoir bien plu aux intéressés.

Le printemps arrive et avec lui, quelques annonces !

Quatrièmes Journées Annuelles des Jeunes Gériatres

Nous espérons vous voir nombreux à Strasbourg les 11 et 12 avril prochains ! Nous vous avons concocté un programme pas piqué des hannetons !

La session sur la maladie à Corps de Lewy abordera plus spécifiquement les signes prodromaux et les co-lésions avec le Professeur Frédéric Blanc. Ensuite, après une présentation de l'Association des Aidants et Malades à Corps de Lewy, les brillantes Docteuses Nathalie Jomard et Alix Ravier, gériatres de l'AJG, évoqueront les symptômes et les options thérapeutiques.

La deuxième session du jeudi sera dévolue à la bouche et à la déglutition. Avec la Docteure Florence Fioretti, MCU en chirurgie dentaire, l'examen de la bouche et les pathologies buccodentaires n'auront plus de secret pour vous ! Ensuite, Virginie Ruglio, orthophoniste, se battra contre le régime mixé pour tous !

Jeudi soir, nous nous retrouverons pour la désormais traditionnelle soirée de l'AJG ! L'occasion de rencontrer des jeunes (ou moins jeunes) gériatres de toute la France !

Le vendredi matin, nous attaquerons avec une session électrique, pour nous réveiller ! Ce malaise, est-il lié à une épilepsie (par le Docteur Benjamin Cretin) ou à une cause cardiaque (par le Docteur Pierre Baudinaud) ?

En fin de matinée, nous apprendrons à ne pas prescrire (avec le Professeur Thomas Vogel) et à déprescrire (avec le dynamique Professeur Jean-Baptiste Beuscart).

Nous enchaînerons ensuite avec l'analyse et le soin des symptômes neuropsychiatriques, lors d'une session associant le Docteur Benoît Schorr à Blandine Buisson et Gaëlle Richard, psychologues de l'Équipe Mobile Maladie d'Alzheimer des Hospices Civils de Lyon.

Enfin, ces JAJG se termineront par une table ronde/conférence au cours de laquelle nous aborderons la notion complexe de « prendre le risque du risque ? ». La question qui vous est naturellement posée : « Prendrez-vous le risque de ne pas assister aux JAJG 2024 ? ».

Rassurez-vous, les membres de l'AJG qui n'auront pu se libérer auront accès aux replays dans l'espace adhérent du site internet. Une raison de plus pour adhérer à l'asso si ce n'est déjà fait !



Renouvellement du CA et du bureau

Au cours de ces 4^{èmes} JAJG, se tiendra également notre assemblée générale. L'AJG a besoin de forces vives. Si vous êtes intéressés et souhaitez faire vivre l'asso et ses projets, venez rejoindre le conseil d'administration ! D'autant qu'il va y avoir du mouvement... Trois membres du bureau quitteront leur poste ce jour-là.

L'occasion, pour la Présidente qui écrit ces lignes – et ses dernières « Actus AJG » – de remercier aussi chaleureusement que tendrement ses deux complices : Nathalie Jomard, vice-présidente, à la fois pilier et moteur de l'asso ; et Florent Guerville, secrétaire, sans qui la BD *Élémentaire, mon Cher Gériatre* n'aurait jamais vu le jour !

La force de l'AJG réside dans son collectif, son dynamisme, son audace et sa collégialité. Nous souhaitons au prochain bureau de s'éclater autant que nous, de faire vivre de jolis projets et... de tisser des liens aussi forts !

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

STRASBOURG



**4èmes
Journées annuelles
des Jeunes Gériatres**

11 et 12 avril 2024

Hémicycle

Siège du Conseil Régional Grand Est

1, Place Adrien Zeller - 67000 Strasbourg

Jeudi 11 avril

13h30-14h00 Allocutions d'ouverture

14h00-16h15 SESSION 1

Lewy or not Lewy: that is the question

Signes prodromaux et co-lésions.
Pr Frédéric BLANC, neurologue-gériatre
(Strasbourg)

Quels symptômes ? Quels traitements ?
Dr Alix RAVIER (Strasbourg) et Dr Nathalie JOMARD
(Saint-Symphorien-sur-Coise), gériatres

Session de communications

16h15-16h45 Pause café & visite des stands

16h45-18h00 SESSION 2

**De la bouche à l'estomac: les
bons tuyaux**

Les pathologies buccodentaires du sujet âgé
Dr Florence FIORETTI, dentiste (Strasbourg)

Déglutition et textures: stop au tout mixé
Virginie RUGLIO, orthophoniste (Paris)

Vendredi 12 avril

09h00-10h20 SESSION 3

Malaise du sujet âgé: un problème électrique ?

Origine épileptique ?

Dr Benjamin CRETIN, neurologue (Strasbourg)

Origine cardiaque ?

Dr Pierre BAUDINAUD, cardiologue (Paris)

10h20-10h45 Pause café & visite des stands

10h45-12h15 SESSION 4

Stratégies de déprescription: théorie et pratique

Les 10 molécules à ne pas prescrire.

Pr Thomas VOGEL, gériatre (Strasbourg)

La déprescription, tout un art

Pr Jean-Baptiste BEUSCART, gériatre (Lille)

Session de communications orales

12h15-13h15 Pause déjeuner

13h15-14h00 Assemblée générale

14h00-15h30 SESSION 5

Analyse et soin des symptômes neuro-psychiatriques

Vignettes cliniques : analyse psychiatrique et psychologique

Blandine BUISSON, Gaëlle RICHARD, psychologues (Lyon)

Dr Benoît SCHORR, psychiatre (Strasbourg)

15h30-17h00 TABLE RONDE

Prendre le risque du risque?

Dr Thomas TANNOU (Montréal) et Dr Matthieu PICCOLI (Paris), gériatres

A2MCL

ANNONCES DE RECRUTEMENT

FRANCE



Le sens de l'engagement, le sens de la vie

Fondée en 1994, **Les Bruyères Association** (LBA) est une association loi 1901, à but non lucratif, labellisée Entreprise Solidaire d'Utilité Sociale (ESUS), gestionnaire de Résidences pour Personnes Âgées, 18 EHPADs, 5 Résidences Autonomie et 2 Accueils de Jour, soit près de 1500 personnes âgées accueillies, 700 salariés en CDI, 70 millions d'euros de chiffres d'affaires en 2021 et présente sur 8 régions et 12 départements. Association nationale, le fil conducteur de son projet associatif Mission 2025 est « le sens de la vie, le sens de l'engagement ».

RECRUTE

MÉDECINS COORDONNATEURS (H/F)



► **Nous recherchons, dans le cadre d'un CDI à temps partiel (17,50 h/semaine), DES MÉDECINS COORDONNATEURS**, pour plusieurs établissements (EHPAD) situés à Beaune (21), Joudreville (54), Lyon 8^{ème} (69), Maunon (56), Saint-Soupplets (77), Treillières (44).

► **Nous recherchons, dans le cadre d'un CDI à temps partiel (21h/semaine), UN MÉDECIN COORDONNATEUR**, pour l'établissement de Vigneux-de-Bretagne (44).

► **Nous recherchons également UN MÉDECIN COORDONNATEUR en CDI à temps plein** afin d'intervenir sur nos 3 établissements situés dans la région de l'Orne-61 (Échauffour, Condé-sur-Sarthe, Tinchebray).

Directement rattaché(e) à la Direction de l'établissement, vous assurez l'encadrement médical de l'équipe soignante. Vous participez à la mise en œuvre de la politique soins au sein de l'établissement.

Vous êtes membre du Comité Local de Gestion avec les membres de la direction.

Pour accéder à l'offre complète, rendez-vous sur notre site www.asso-lesbruyeres.com rubrique « rejoignez nos équipes ».

Les Bruyères Association - Siège social
1, Rue de la Varenne - 77000 Melun
Tél. : 01 64 14 26 90
Association à but non lucratif (Loi 1901)
Siret. 398 302 646 00 235 - APE. 8730A

ÎLE-DE-FRANCE



CLINALLIANCE
SMR

RECRUTE

MÉDECIN GÉRIATRE

L'ÉTABLISSEMENT

SMR à Pierrefitte-sur-Seine (93), 107 lits d'hospitalisation complète de gériatrie et de neurologie, avec balnéothérapie et plateaux techniques, **recherche un(e) MÉDECIN GÉRIATRE en CDI à temps plein**.

LE POSTE

Du Lundi au vendredi de 9h à 17h, vous prendrez en charge un secteur de 19 lits d'hospitalisation complète. Les gardes de nuit et week-end étant assurées par des médecins externes. Établissement moderne, dans quartier résidentiel avec parking privatif et bien desservi par les transports en commun.

LES MISSIONS

- Prise en charge médicale des patients.
- Réalisation des bilans d'entrée médicaux.
- Suivi du projet thérapeutique avec son équipe pluridisciplinaire, avec animation des staffs hebdomadaires.
- Organisation de la sortie.
- Implication et information de l'entourage des patients tout au long de leur séjour.
- Participation à la démarche qualité.

LE PROFIL

Idealement, expérience en établissement de santé SMR.

SALAIRE

Entre 9000 et 10 000 € bruts selon expérience.



CONTACT

Les candidatures (CV) sont à adresser par mail au directeur direction@cliniquepierrefitte.fr

NOUVELLE-AQUITAINE



LE PÔLE DE GÉRIATRIE DE LA ROCHELLE

RECRUTE

MÉDECIN GÉRIATRE OU GÉNÉRALISTE (CONTRACTUELS OU TITULAIRES)

Inscrit au conseil de l'Ordre des médecins.
Recrutement par voie contractuelle (avec reprise d'ancienneté) ou par voie de mutation.
2 ETP sont à pourvoir immédiatement.



PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Avec plus de 4000 professionnels représentant plus de 200 métiers au service du patient, les Hôpitaux La Rochelle-Ré-Aunis sont l'établissement public de recours du territoire de santé.

PRÉSENTATION DU PÔLE

Le pôle de Gériatrie comprend les activités de Médecine Aiguë Gériatrique, Médecine Ortho-Gériatrique, SSR, HDJ SSR, USLD, EHPAD, UHR, Équipes mobile de Gériatrie et de Psychiatrie-Gériatrie, Consultations de Gériatrie et d'Oncogériatrie, Coordination du parcours gériatrique et admissions directes.

ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

Dossier médical et paramédical informatisé, bureau médical personnel dans l'unité, indépendant du bureau infirmier.

L'équipe médicale comporte 15 postes de praticiens hospitaliers, avec une affectation évolutive entre les différentes valences lors des créations d'activité ou lors des mouvements. Les praticiens du pôle organisent une astreinte dédiée au pôle de Gériatrie.

CONTACTS

Dr Bruno GROSSIN, Chef du pôle - 05 46 45 69 29

bruno.grossin@ght-atlantique17.fr

M. Fabien CHANABAS, Directeur des Affaires Médicales - 05 46 45 50 61

fabien.chanabas@ght-atlantique17.fr

CENTRE HOSPITALIER ROYAN-ATLANTIQUE

RECHERCHE GÉRIATRE

Service de Court Séjour Gériatrique

LE CENTRE HOSPITALIER ROYAN-ATLANTIQUE EST COMPOSÉ DE :

- 98 lits de Médecine, une USC de 6 lits et 60 lits de SSR,
- Un plateau d'imagerie médicale avec Scanner et IRM,
- Un plateau de consultations externes et HJM (Hôpital de Jour en médecine et oncologie),
- Un centre de périnatalité.

CONTACTEZ-NOUS :

La Cheffe de Pôle de Gériatrie, Dr HILLAIRET-CAU Jeanne : jeanne.hillaireset@ch-royan.fr
Le Chef de Service, Dr NEGRIER Guillaume : guillaume.negrier@ch-royan.fr
Direction des Affaires Médicales : affaires.medicales@ch-royan.fr

PROFIL RECHERCHÉ :

- Praticien Hospitalier, Contractuel ou Assistant, vous aimez le travail d'équipe.
- Titulaire d'un DES de Gériatrie ou titulaire d'un DES de médecine générale avec DIU/Capacité gériatrique.

ACTIVITÉS DU SERVICE :

- L'effectif du pôle de gériatrie comporte 8 gériatres : 2 praticiens temps plein en court séjour gériatrique, 4 praticiens en SSR, 2 praticiens en EHPAD et un praticien pour l'équipe mobile de gériatrie (50%).
- Projets à développer : renforcer le périmètre de l'EMOG et lien ville-hôpital, développer la consultation mémoire, renforcer l'évaluation gériatrique et les bilans standardisés, projet de développement de la cardio-gériatrie avec le référent médical de la filière insuffisance cardiaque.
- Possibilité de varier le type d'activité avec les autres postes de la filière gériatrique, notamment en EHPAD, en USLD et en équipe mobile.

Situé à 1 heure de La Rochelle, 1h30 de Bordeaux, 30 minutes du Bassin Marennes-Oléron et surtout proche des plages de la côte Royannaise...



CENTRE HOSPITALIER ROYAN-ATLANTIQUE

RECHERCHE GÉRIATRE

Service de Soins Médicaux et de Réadaptation

LE CENTRE HOSPITALIER ROYAN-ATLANTIQUE EST COMPOSÉ DE :

- 98 lits de Médecine, une USC de 6 lits et 60 lits de SMR,
- Un plateau d'imagerie médicale avec Échographie, Scanner et IRM,
- Un plateau de consultations externes et HJM (Hôpital de Jour en médecine et oncologie),
- Un centre de périnatalité / gynécologie,
- Des avis de spécialistes en endocrinologie, neurologie, dermatologie, ORL, gastro-entérologie, dermatologie, rhumatologie, chirurgie orthopédique, etc.

CONTACTEZ-NOUS :

La Cheffe de Pôle et Cheffe de Service SMR, Dr HILLAIRET-CAU Jeanne : jeanne.hillaireset@ch-royan.fr | Ligne directe : 05 46 39 53 23 | Direction des Affaires Médicales : affaires.medicales@ch-royan.fr

Le service de SMR comporte 2 unités de 30 lits pour 4 praticiens.

Ces praticiens participent aux astreintes sur le pôle de Gériatrie avec les 7 autres praticiens du pôle de Gériatrie. Rejoindre le service de SMR est aussi avoir la possibilité de participer aux consultations externes de gériatrie : consultations mémoire, consultations plaies et cicatrisation, consultations d'oncogériatrie, etc.

ACTIVITÉS DU SERVICE

Les patients adressés sont principalement gériatriques avec une moyenne d'âge de 81 ans. Il s'agit le plus souvent de proposer une convalescence, réadaptation, rééducation après une décompensation cardio-respiratoire ou autres pathologies infectieuses diverses, pathologies rhumatologiques, orthopédiques, oncologiques, troubles neurocognitifs avec problématiques sociales associées, soins palliatifs.

PROFIL RECHERCHÉ

Praticien Hospitalier, Contractuel ou Assistant, vous aimez le travail d'équipe. Titulaire d'un DES de Gériatrie, d'une Capacité de Gériatrie.



FONDATION BON SAUVEUR D'ALBY

NOUS RECRUTONS

UN MÉDECIN CHEF GÉRIATRE

Pour notre filière du sujet âgé.



La Fondation Bon Sauveur d'Alby,

La Fondation Bon Sauveur d'Alby, reconnue pour son expertise dans les secteurs du sanitaire et du médico-social, rayonne sur le Tarn nord, elle est aussi le premier employeur de la ville d'Albi avec ses 1280 salariés et ses 80 métiers.

La Fondation regroupe 6 domaines de compétences (psychiatrie adulte et infanto-juvénile, psychiatrie du sujet âgé, addictologie, psychiatrie de recours (UMD), dépistage et prise en charge du handicap, troubles de la communication). Sa capacité globale est de 325 lits et 340 places.

Le Centre de psychogériatrie Germain Cassan est une structure intersectorielle du CHSPJ. Son champ d'intervention est délimité aux sujets âgés pouvant présenter d'une part des troubles psychiatriques et d'autre part des troubles du comportement associés à des troubles cognitifs dans un contexte de maladies neuro-évolutives.

RÉMUNÉRATION

- Convention collective FEHAP 51, astreintes médicales payées selon les dispositions applicables dans la fonction publique hospitalière, possibilité d'exercer une demi-journée d'intérêt général ou de bénéficier de la prime d'engagement de service exclusif telle que celle octroyée dans la fonction publique hospitalière.
- Une prime d'engagement dans la carrière hospitalière d'un montant de 10000 euros bruts est versée à l'issue de la période d'essai dans le cadre d'un contrat à durée indéterminée avec un engagement d'une durée de trois ans au sein de la Fondation. Cet engagement sera contractualisé par une convention en parallèle de la signature de son CDI.
- Reprise d'ancienneté dès l'obtention de la thèse et 4 années d'internat.

AVANTAGES

- Prise en charge de la complémentaire santé familiale par l'employeur, couverture prévoyance importante, avantages sociaux intéressants.
- Politique de formation dynamique, nombreux congrès pris en charge, possibilité d'intégrer l'institut de formation interne pour dispenser des formations.
- Organisation du temps de travail :
 - Soit 10 demi-journées de travail par semaine avec 18 jours de RTT et 36 jours de congés soit environ 3 mois de congés et RTT.
 - Soit 9 demi-journées de travail par semaine ou 9 journées par quinzaine et 33 jours de congés soit environ 2 mois de congés.
- Présence journalière de 9h à 17h.
- Aide au logement.
- Internat.
- CSE / Base de loisirs.
- Tarif repas préférentiel sur site.



LES PLUS DU POSTE

- La qualité de vie avec un établissement en centre-ville d'Albi, ville agréable à taille humaine et dynamique.
- Une activité clinique riche et diversifiée, avec un travail en réseau et en collaboration avec les collègues du pôle et de la Fondation.
- Des équipes motivées dans des locaux adaptés.

Merci d'adresser votre candidature motivée à :

Monsieur KRAJKA, Directeur Général, 05 63 48 48 00
Affaires Médicales, 05 63 48 48 67 ou 05 63 48 48 61
7 rue Lavazière - CS 81180 - 81025 ALBI Cédex 9
direction@bonsauveuralby.fr

Pour plus d'informations sur notre Établissement, consultez notre site internet : www.bonsauveuralby.fr
et suivez notre actualité sur linkedin et instagram



L'Hôpital Maurice André de Saint-Galmier

Établissement public de santé de 256 lits (50 lits d'USLD et 206 lits d'EHPAD) et 32 places de SSIAD, situé à Saint-Galmier (Loire) à 25 km de Saint-Étienne et 75 Km de Lyon, recherche



UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE/GÉRIATRE

Poste à temps plein ou temps partiel

Ce poste complètera l'équipe médicale actuellement en place composée d'un Praticien Hospitalier gériatre à temps plein et de quatre médecins libéraux.

Plages d'intervention du Lundi au vendredi. Participation, en collaboration avec le second Praticien Hospitalier, à des astreintes rémunérées sur la journée [8h-8h30 et 17h-20h].

Les nuits, week-end et jours fériés, en cas d'urgence, les équipes infirmières font appel au Centre 15. Rémunération en fonction du statut médical. Pour les Praticiens contractuels rémunération sur motif 2. Inscription obligatoire à l'Ordre des Médecins en France.

CONTACT

Sylvie MOREL, Directrice - direction@hopital-saint-galmier.fr - Tél. : 04 77 36 05 89



UNITÉ TERRITORIALE
NYONS ORSAC ATRIR
À NYONS **CHERCHE**

Un Médecin Gériatre Coordonnateur

pour notre EHPAD, ainsi que pour notre centre de ressource territorial et notre centre de consultations en centre de santé.

Le candidat idéal sera passionné par les soins aux personnes âgées, doté d'une solide expérience dans le domaine de la gériatrie et de bonnes compétences en coordination d'équipes multidisciplinaires.



Responsabilités principales

- Assurer la coordination médicale des soins aux résidents de l'EHPAD, en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire.
- Élaborer et mettre en œuvre des projets de soins individualisés en gériatrie, en tenant compte des besoins spécifiques des résidents.
- Participer activement à l'amélioration continue de la qualité des soins et à la mise en place de bonnes pratiques gériatriques.
- Animer des formations et des réunions d'équipe pour sensibiliser le personnel aux enjeux de la gériatrie.
- Assurer des consultations en gériatrie au sein du centre de santé, en lien avec les autres professionnels de santé.

Profil recherché

- Doctorat en médecine avec spécialisation en gériatrie.
- Inscription au conseil de l'Ordre des Médecins.
- Capacités avérées en gestion et coordination d'équipes multidisciplinaires.
- Aptitude à travailler en réseau avec d'autres acteurs de la santé territoriale.
- Excellentes compétences en communication et en relations interpersonnelles.

Conditions de travail

- Type de contrat : CDI.
- Temps plein.
- Rémunération compétitive selon expérience.
- Avantages sociaux inclus.



Si vous êtes motivé(e) par le défi de contribuer au bien-être des personnes âgées au sein d'un environnement dynamique et collaboratif, veuillez envoyer votre CV et lettre de motivation à atrir@orsac-atrir.fr en précisant l'intitulé du poste en objet.

Nous attendons avec impatience de vous accueillir dans notre équipe dédiée au service des personnes âgées.



HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

REJOIGNEZ LES ÉQUIPES DU 2^E CHU DE FRANCE

**Les Hospices Civils de Lyon recrutent
Un Médecin Gériatre ou spécialiste en Médecine Générale
pour le service de SMR de l'Hôpital Pierre Garraud.**

À pourvoir immédiatement !

Les Hospices Civils de Lyon sont organisés en groupements hospitaliers qui couvrent l'agglomération lyonnaise et parmi les pôles transversaux, les services composant la médecine du vieillissement sont réunis au sein de l'Institut du Vieillessement (I-VIE) qui regroupe et coordonne tous les services de gériatrie des HCL (Court séjour gériatrique- SSR- SLD) soit près de 1100 lits.

L'Hôpital Pierre Garraud est un hôpital gériatrique de 450 lits.

Le site de P. Garraud bénéficie d'une PUI sur place et des liens étroits avec la pharmacie hospitalo-universitaire.

Il compte 152 lits de SMR repartis en 5 unités dont 3 qui ont développé des spécificités en cardiogériatrie (10 lits), en soins palliatifs (12 lits) et en oncogériatrie (10).

CONTACT

Les candidatures (CV et lettre de motivation) seront à retourner par mail au Dr Sophie SCHIR ✉ sophie.schir@chu-lyon.fr ☎ 04 72 16 71 12



MISSIONS

Poste de Praticien Hospitalier à 50%, à 80% ou à 100% qui sera responsable de 7 à 15 lits de SMR (pas de poste de stagiaire associée, ni de poste de FFI). Les atouts de ce poste sont un travail pluridisciplinaire au sein d'un collectif médico-soignant et rééducateurs (psychologue, kiné, APA, orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute, diététicien). Participation aux Commissions ViaTrajectoires du matin, aux réunions bibliographie, retour de congrès. Utilisation Outil ViaTrajectoire. Compte rendu d'entrée et de sorties des patients en utilisant la FHR. Encadrement des externes voire des internes. Participation aux cours des externes/des internes, aux ECOS, aux groupes I-VIE-infectieux, nutrition, palliatif, oncogériatrie... Participation aux consultations post SSR.

QUALIFICATIONS

Médecin inscrit à l'Ordre.
Spécialité gériatrie ou spécialiste en médecine générale.

COMPÉTENCES

Connaissances médicales solides ou en cours de consolidation. Maîtrise des gestes techniques de base.

- Participation au DECT d'urgence vitale,
- Participation au tour de garde les samedis matins à raison d'un samedi par mois (récupéré en ½ journée d'absence),
- Participation aux astreintes de senior du site (une semaine d'astreinte téléphonique tous les 3 mois).

LES CONDITIONS DE VOTRE EMBAUCHE
Contrat à durée déterminée de 12 mois, renouvelable.
Poste à temps plein à repos fixes.

PLAGE DE SALAIRE

À définir en fonction de l'expérience et du statut médical afférent.

RENSEIGNEMENTS <https://www.chu-lyon.fr/institut-duvieillessement>
<https://www.chu-lyon.fr/hopital-pierre-garraud>

Région montagnarde touristique, proximité Italie, cadre de vie très agréable.

Exercice dans un hôpital à taille humaine avec une équipe médicale dynamique pluri spécialité dont 3 gériatres.

Équipe gériatrique actuelle : 1 Gériatre PH temps plein, 1 Gériatre PHC 60 %, 1 Gériatre PHC 80 %.

Poste ouvert de Praticien Hospitalier ou Contractuel, temps plein ou partiel en Gériatrie au Centre Hospitalier des Escartons de Briançon, CHEB (Hautes-Alpes, région PACA), Établissement public de santé.

Médecin GÉRIATRE

Recherche un nouveau gériatre pour pérenniser la filière gériatrique existante

- ➔ Court Séjour 10 lits, Hôpital de Jour, Consultations, équipe Mobile de Gériatrie, USLD-EHPAD 83 lits.
- ➔ PEC conjointe des patients hospitalisés CSG avec les médecins du service de Médecine polyvalente (30 lits), de HDJ pluridisciplinaire.
- ➔ Services amont et aval fluides avec les Urgences, les soins intensifs, les SSR locaux et la ville.
- ➔ Coordination avec les filières gériatriques des centres hospitaliers voisins pour compléter la filière gériatrique de l'établissement, notamment accès à filière onco-gériatrique et UCC.
- ➔ Astreintes de service un soir tous les 10 - 15 jours et un week-end tous les 5 semaines.
- ➔ Filière gériatrique en plein développement dans le territoire.

Pour tout contact médical

☎ Standard téléphonique du CHEB 04 92 25 25 25 et demander :

Dr VERNIER Mireille - Chef de Pôle ✉ mvernier@ch-briançon.fr ... ☎ 04 92 25 24 60

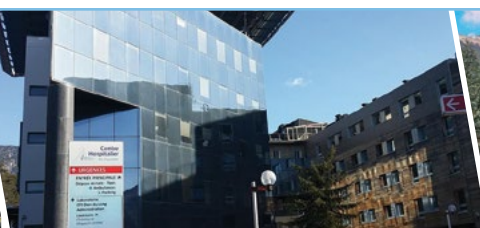
Dr RICHARD Aude - Gériatre ✉ arichard@ch-briançon.fr ... ☎ 04 92 25 24 75

Dr HOANG Vincent - Gériatre ✉ vhoang@ch-briançon.fr

Adressez-nous votre candidature

Direction des Affaires médicales 1 Place Auguste Muret – 05000 Gap

✉ drh@chicas-gap.fr — ☎ 04 92 40 67 48



Poste ouvert de Praticien Hospitalier ou Contractuel à temps plein en Gériatrie, pour le Pôle médecine-gériatrie-santé publique / Service Étoile des Neiges EHPAD-USLD.

Le Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du sud, CHICAS

&

Le Centre Hospitalier des Escartons de Briançon, CHEB (Hautes-Alpes, région PACA), Établissement public de santé.

Région montagnarde touristique, proximité Italie, cadre de vie très agréable. Exercice dans un hôpital à taille humaine avec une équipe médicale dynamique pluri spécialité dont 3 gériatres.

MÉDECIN GÉRIATRE / COORDONNATEUR CHICAS - CHEB

Poste susceptible d'être vacant à la date du mois de novembre 2024 (départ retraite), période de transmission conjointe avec médecin actuellement en poste souhaité.

Possible de venir dès printemps-été 2024 pour tester la prise en main de l'établissement pendant période estivale avant prise de poste automne-hiver 2024.



ACTIVITÉS PRINCIPALES

Gestion de l'EHPAD-USLD Étoile des Neiges du CH des Escartons de Briançon (CHEB) conjointement avec cadre de service et IDE de coordination.

- 54 lits d'EHPAD.
- 30 lits d'USLD.
- Dont 12 lits d'Unité psycho Gériatrie.

ACTIVITÉS

- PASA 3 jours/sem. avec atelier mémoire type activité de jardinage, cuisine etc., avec ergothérapeute et psychologue.
- Atelier ergothérapeute et kinésithérapeute sur l'équilibre et relevé du sol, atelier reminiscence.
- Chants/piano /repas convivial etc. via association AREN (Association des résidents d'Étoile des Neiges) avec les bénévoles.
- Chambre sensorielle Snoezelen.
- Médiation animale : chat - chien avec neuropsychologue et psychologue.
- Chapelle.

PARAMÉDICAUX POUR LES ACTIVITÉS

- Ergothérapeute, Kinésithérapeute, Animatrice, Diététicienne, Psychologue, Neuropsychologue, Assistant sociale.

CARACTÉRISTIQUES PARTICULIÈRES DU POSTE

- MISSIONS CLINIQUES (60%), médecin traitant pour les résidents de l'EHPAD et de l'USLD (AREN).
- MISSIONS MÉDICO-ADMINISTRATIVES (40%) mission de médecin coordonnateur.

EHPAD-USLD hospitalière avec IDE la nuit et les week-ends, et couverture médicale via le pôle d'astreinte de médecine. L'EHPAD-USLD est à moins de 5 min à pied de l'Hôpital.

COMPÉTENCES ATTENDUES OU SOUHAITÉES

- Diplôme d'État de Docteur en Médecine, inscription à l'Ordre des médecins, avec DES requis ou équivalent : DES de gériatrie ou DESC de type 2 ou capacité de gériatrie. Médecin généraliste avec formation DU de médecin coordonnateur, accompagnement pour la formation possible.
- Spécialisation ou connaissances complémentaires : DU de médecin coordonnateur.
- DU complémentaire possible : DU soins palliatifs.
- Qualités professionnelles : Sens de l'organisation et de la gestion d'équipe, qualité pédagogique et d'écoute, prévention et gestion des conflits.

POUR TOUT CONTACT MÉDICAL :

Tél. Standard téléphonique du CHEB 04 92 25 25 25 et demander :

Chef de pôle Dr Vernier Mireille ✉ mvernier@ch-briançon.fr

Chef de service Dr Asté Françoise ✉ faste@ch-briançon.fr

ADRESSEZ-NOUS VOTRE CANDIDATURE :

Direction des Affaires médicales
1 Place Auguste Muret - 05000 Gap
✉ drh@chicas-gap.fr ☎ 04 92 40 67 48





Établissement avec 4 lits de médecine, EHPAD 22 places, FAM 53 places

CH Aiguilles-Queyras RECRUTE

MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU GÉRIATRE (H/F)

Pour compléter une équipe de 2 médecins, ETP à 60 %, présence de 3 journées sur le site

Possibilité d'un poste
partagé avec Embrun,
Briançon, Gap

Être inscrit
à l'Ordre des
Médecins en
France

L'activité principale

- Assurer le suivi somatique des résidents de FAM avec un handicap psychique ou mental.
- Coordonner le suivi psychiatrique en lien avec les psychiatres du CH Vinatier Lyon-Bron et de Briançon.
- Partenariat fort et riche avec CH Le Vinatier et CH Briançon avec des consultations mensuel des psychiatres sur le site et des échanges-concertations réguliers en visio.
- Assurer le suivi somatique des 4 lits de médecine et des résidents de l'EHPAD en complément des médecins déjà présents (médecin coordonnateur présent 2 jours/sem et médecin généraliste référent pour le suivi EPHAD présent 1 jour/sem).
- Participer aux instances de l'établissement : CME, CLUD, CLIN, CLAN...



- Équipe pluridisciplinaire (équipe de soins et d'accompagnement : ide/as éducateurs spécialisés, neuropsychologues, ergothérapeute, psychomotricienne, diététicienne, kinésithérapeute, orthophoniste...).
- Label d'hôpital de proximité avec développement de consultations avancées et d'actions de prévention.
- L'établissement s'inscrit dans le dispositif Culture & Santé, 4 résidences artistiques « Ouvrir le monde » entre 2022-23.
- Cadre de travail (et de vie) exceptionnel au cœur du parc naturel régional du Queyras.

Pour des renseignements sur le poste contacter

Dr Sylva BLAZKOVA, médecin coordonnateur FAM et EHPAD CH Aiguilles en Queyras
☎ 04.92.46.70.18 (présence sur le site mardi et vendredi)

Adressez-nous votre candidature

📍 Direction des Affaires médicales 1 Place Auguste Muret – 05000 Gap
✉ drh@chicas-gap.fr — ☎ 04 92 40 67 48



À mi-chemin entre Gap et Briançon, Embrun est un point de passage obligé pour aller du sud au nord du département.
Embrun est aussi entourée de montagnes et d'une nature préservée, nombreuses activités possible (rafting, canyoning, cheval, lacs...).

À 2h30 de Marseille, Grenoble et Turin en Italie, à 4h de Monaco.

LE CENTRE HOSPITALIER D'EMBRUN RECHERCHE

UN MÉDECIN GÉRIATRE/POLYVALENT

Pour compléter son équipe médicale.

Afin d'exercer au sein d'un centre hospitalier labellisé « hôpital de proximité » proposant une filière gériatrique complète comprenant actuellement

- 6 lits de médecine gériatrique (cible à 10 lits),
- 20 lits de SMR gériatriques et polyvalents (cible à 30 lits répartis entre secteur polyvalent et gériatrique).
- 30 lits d'USLD.
- Une consultation mémoire et consultations fragilités.
- Un secteur médico-social avec 2 EHPAD et un SSIAD.
- Et une équipe mobile de gériatrie.

Un service de médecine polyvalente (13 lits) et un SAU ouvert H24.



Inscription
à l'Ordre
des Médecins
en France

Un plateau de consultations avancées dense et diversifié vient compléter cette offre de soins ainsi qu'un plateau d'imagerie conventionnelle.
En projet, la création d'un HDJ médecine et d'une HDJ SMR.

L'équipe médicale travaille en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire comprenant des IDE/AS, des kinésithérapeutes/ergothérapeutes, une diététicienne, une assistante sociale et des neuropsychologues/psychologues.

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

Équipe de 5 médecins toutes spécialités confondues (hors urgentistes).

Principales responsabilités

- Prise en charge médicale des patients de médecine gériatrique/polyvalente.
- Prises en charge réadaptatives et accompagnement des retours à domicile post-hospitalisation.
- Possibilité de remplir des missions de médecin coordonnateur en EHPAD/ de contribuer au fonctionnement de l'équipe mobile de gériatrie



Missions

- Activité clinique auprès des patients.
- Mise à jour régulière du dossier patient et codage de l'activité PMSI.
- Participation à l'élaboration du projet de soins personnalisé en lien avec l'équipe pluridisciplinaire (Participation aux réunions de synthèse multidisciplinaires - staffs hebdomadaires).
- Encadrement des potentiels internes.
- Participation aux différents projets institutionnels (sous-commissions de la CME, CREX, RMM, etc.).
- Participation à la permanence de soins.

Compétences attendues

- Autonomie, Adaptabilité, Polyvalent, esprit d'équipe.

Rémunération

- Salaire en fonction de la grille et du statut.
- Prime Pech.
- Prime territoriale.

Adressez-nous votre candidature :

📍 Direction des Affaires médicales 1- Place Auguste Muret - 05000 GAP
✉ drh@chicas-gap.fr ☎ 04 92 40 67 48

Pour plus de renseignements :

Dr Michèle DEFFAUX, Présidente de CME - m.deffaux@ch-embrun.fr



L'ASSOCIATION SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE,

située à la Réunion, RECHERCHE pour son Pôle Médical Personnes Agées
(EHPAD Ste Clotilde + EHPAD Saint-François) :



UN MÉDECIN COORDONNATEUR

(H/F) en CDI
à temps partiel
80 %

DESRIPTIF DU POSTE

Sous la responsabilité hiérarchique du Directeur, le médecin coordonnateur contribue à la qualité de la prise en charge gériatrique des résidents en favorisant la coordination générale des soins entre les différents professionnels de santé intervenant dans l'établissement.

Expertise en gériatrie.
Méthodes d'évaluation de l'état de dépendance des résidents (AGGIR, PATHOS).
Connaissance de la législation encadrant le fonctionnement d'un EHPAD.

RÉMUNÉRATION
Selon CCN51 FEHAP (+ majoration DOM 20 %) et + selon ancienneté.
Le poste est à pourvoir immédiatement.



CONTACT : recrutement@asfa.re



LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-ESPRIT,

situé en Martinique

RECHERCHE UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE ou GÉRIATRE

Pour la prise en charge des patients dans le service de médecine polyvalente à orientation gériatrique avec présence de LISP.

Candidatures à adresser à Mme IFAIDI, Responsable RH
✉ malika.ifaidi@ch-ewa.fr

FONCTION DU SERVICE

Horaires du service : 8h-17h

Pathologies : Accueil des patients adultes polypathologiques nécessitant une prise en charge médicale relevant de diverses spécialités :

- Médecine interne et vasculaire,
- Infectiologie,
- Gastro-entérologie,
- Neurologie,
- Rhumatologie,
- Gériatrie.

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE

- 2 praticiens à temps partiel (0.60%),
- 1 praticien à temps partiel (30%),
- 1 praticien temps plein,
- 1 cadre de santé,
- 1 équipe soignante.

RÉMUNÉRATION

- À étudier selon l'expérience du candidat.
- Possibilité de formation en fonction du profil et des motivations.






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'emploi

1^{ère} Régie Média indépendante de la santé

Une rubrique Actualité qui rayonne sur les réseaux sociaux

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

Parce que la plus petite information
peut produire le **plus grand des changements**

**FORMATION CONTINUE ET
ÉVALUATION DES PRATIQUES**

**Vous souhaitez partager
votre expertise avec vos pairs ?**

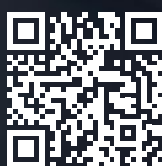
Rejoignez notre équipe de formateurs,
et mettez à profit votre expérience avec
le soutien de notre équipe pédagogique.

Ou

**Vous souhaitez mettre à jour vos
connaissances et vos pratiques ?**

Rejoignez notre équipe d'apprenants.

+10 000 Médecins (toutes spécialités) formés depuis 2018.
93 % de satisfaction globale.




QuantumSanté

Quantum Santé dispense des
formations d'excellence conçues et
pilotées par des experts en santé.

Nous œuvrons pour que nos
formations soient accessibles
à toutes et à tous, en dépit de tout
handicap visuel ou auditif.

Toutes nos formations sont prises
en charge et agréées par l'Agence
Nationale du DPC pour le nouveau
triennal 2023-2025.

Nos témoignages apprenants*

« Formation en ligne sur l'endométriose excellente :
contenu clair, plateforme ergonomique et support
réactif. Un gain de compétences notable depuis mon
ordinateur. Merci à la personne qui m'a accompagné !
Je recommande Quantum ».

« Contenu dense mais très clair et enrichissant ! Mais
surtout merci à l'équipe pédagogique, très réactive et
faisant preuve de beaucoup de patience ».

« 3 ans que je fais mes formations avec Quantum Santé,
je suis très satisfaite du contenu pédagogique que je
trouve à la hauteur de mes attentes. Toujours très à
l'écoute, je continuerai de ne faire mes formations
qu'avec Quantum pour la qualité des formations et du
service ».

**Avis Google vérifiés*


N° 8645
Organisme enregistré par l'Agence nationale du DPC
Retrouvez toute l'offre du DPC sur www.monodpc.fr

Qualiopi 
processus certifié
 **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**