



JOURNÉES ANNUELLES DE LA SFGG

Paris, 25 au 27 novembre 2019. Avec 14 000 participants attendus, les 39^e journées annuelles de la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) sont l'occasion d'aborder la question du vieillissement, au premier plan des préoccupations de notre société, tant sous ses aspects médicaux (fausse route asphyxique, Parkinson, dénutrition) que sociétaux (maintien à domicile, protection juridique).

Éditorial

Vers une approche globale

Cette année, les Journées annuelles de la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) se tiennent dans un contexte particulier. Alors que le monde sanitaire est en grande tension, et que le secteur du médico-social est autant en souffrance qu'en questionnement de sens, il est urgent de redéfinir une approche globale de nos visions de la prise en soin. Dans notre société vieillissante, la perte d'autonomie doit être la question principale que nous devons résoudre - tant en termes d'évolution de nos organisations, héritées d'un temps où notre principal objectif était curatif, que de réflexion plus sociale - afin d'arriver à une société inclusive où nos aînés, à qui nous nous devons d'être là, aient la place qu'ils méritent. Toutes ces approches intégrées et ces enjeux autour de la prévention des maladies chroniques et de la perte d'autonomie, nos experts tenteront d'y apporter leurs réponses. Les enjeux sont colossaux. Le travail aussi. Nous vous attendons nombreux à nos journées pour, tous ensemble, bâtir non seulement un système nouveau qui réponde (enfin !) aux vraies interrogations, mais aussi pousser plus loin ce que doit être le vieillissement dans notre société, au croisement des sciences médicales, soignantes, humaines et sociales. À très vite !

Pr Olivier Guérin

Président de la SFGG

Fausse-route asphyxique Reconnaître les signes et réagir vite

En France, près de 4 000 personnes décèdent par an des suites d'une fausse route asphyxique. Les sujets âgés sont une population à risque. Il faut donc y penser et surtout, savoir réagir vite.

● Les décès par fausse-route asphyxique surviennent de plus en plus chez les personnes âgées qui cumulent de nombreux facteurs de risque : traitements sédatifs, pathologie neurodégénérative, mauvais état dentaire. Chez le sujet âgé, la fausse route est souvent induite par la prise d'une alimentation semi-liquide (purée, viande hachée, marmelade...).

« Le nombre de décès est probablement sous-estimé car des pertes de connaissance brutales sont attribuées à tort à un arrêt cardio-respiratoire par infarctus ou embolie pulmonaire. Une partie de ces décès sont en fait des asphyxies sur fausse route : les Anglo-Saxons parlent de café coronary syndrome, précise le Pr Hubert Blain (CHU de Montpellier). D'où l'importance d'y penser systématiquement devant une personne qui ne peut ni parler, ni tousser, en cas de rougeur du visage ou du cou, de cyanose des lèvres, d'agitation ou de perte de connaissance brutale. Dans ces différents cas, qui peuvent se produire pendant ou après le repas, il faut en premier lieu vérifier la liberté des voies aériennes supérieures ».

Toute personne s'occupant de sujets âgés doit connaître les gestes d'urgence. Le premier réflexe est d'appeler de l'aide, de faire chercher le chariot d'urgence et d'évaluer la conscience, la capacité à respirer et à tousser, per-

mettant d'agir en fonction de trois situations possibles.

- Si le patient est conscient, respire et tousser : ne rien faire, rassurer, encourager à tousser et rester à côté jusqu'à l'expulsion du corps étranger.

- Si le patient est inconscient, mais ne tousser pas et ne respire pas : ouvrir la bouche et retirer le corps étranger s'il est visible, au doigt, à la pince de Magill. Si on ne le voit pas, appeler le 15 ou le 112 et réaliser immédiatement la manœuvre de la table. « Cette manœuvre, simple à réaliser chez toutes les personnes, consiste à allonger le sujet en position ventrale sur une table, ou tout autre plan dur, avec la tête et les bras pendants en dehors de la table et à lui donner cinq claques vigoureuses dans le dos entre les deux omoplates, explique le Pr Hubert Blain. Elle est très proche de la manœuvre de Mofenson utilisée chez l'enfant de moins d'un an ». En cas de non-expulsion de l'aliment, on réalise la manœuvre de Heimlich qui peut être difficile chez les personnes en surpoids. Se placer derrière la victime, passer ses bras sous les siens, mettre son poing droit en regard de l'estomac, le recouvrir avec la main gauche, pencher la victime en avant et faire des pressions brusques en arrière et vers le haut. « En cas d'échec, alterner les deux manœuvres tant que le patient reste conscient », ajoute le Pr Hubert Blain.

- Si le patient est inconscient, appeler le 15 ou le 112 et allonger la victime sur le sol. Ouvrir la bouche, regarder avec le laryngoscope : si le corps étranger est visible, le retirer à la pince de Magill. Commencer la réanimation

cardiorespiratoire qui alterne 30 compressions thoraciques (fréquence 100/minute) et 2 insufflations (insufflateur manuel si possible ou bouche-à-bouche) et mettre en fonction le défibrillateur automatique externe.

« En résumé, en cas de fausse route, on doit trouver sur le chariot d'urgence : une pince de Magill, un aspirateur à mucosités, un laryngoscope,

un insufflateur, un défibrillateur et un plan dur. Ces recommandations ont été résumées dans une affiche validée par plusieurs sociétés savantes (SFGG, SFMU, FFAMCO, SRLF), qui devraient être mise à disposition dans les zones de repas afin d'éviter bon nombre de décès en particulier en EHPAD », conclut le Pr Hubert Blain.

Christine Fallet



Richard Capmartin

Dirigeant, Recruteur, Chasseur de têtes

RC HUMAN RECRUITMENT

Pourquoi des chasseurs de têtes en médecine ?

La pénurie médicale nous amène à revoir notre métier qui s'apparente aujourd'hui plus à celui d'agent. Face à la profusion d'offres, nous aidons les médecins à prendre la bonne décision en fonction des enjeux, attendus, projets médicaux et de la rémunération. Il s'agit pour les uns de bénéficier de conseils avisés, pour les autres de faire évoluer leur carrière en toute confidentialité. Notre objectif est de leur proposer le bon poste au bon moment.

Qui sont vos clients et vos candidats ?

Nos clients sont des Ehpads ou SSR des secteurs privé, associatif ou public. Nos candidats sont des médecins généralistes ou spécialistes, ils ont une activité libérale ou salariée et souhaitent changer sans se tromper.

En fonction du type de recrutement, avez-vous des approches différentes ?

Nous offrons le même accompagnement à l'ensemble des candidats. Mais il y aura des nuances entre un interne et un médecin inscrit à l'Ordre, ou encore un médecin issu de l'Union européenne. Nous aidons l'interne à trouver un 1^{er} poste ou des missions de remplacement tandis que nous accompagnons le médecin déjà expérimenté en fonction de ses projets et attentes, et le médecin européen dans ses démarches administratives.

Qu'est-ce que vous différencie par rapport aux autres cabinets de recrutement ?

RC Human Recruitment est exclusivement orienté santé. D'abord, nous avons accès à des offres confidentielles, ce qui multiplie les chances de nouvelles opportunités. Qu'elle soit spontanée ou en réponse à une offre, une candidature sera au moins assurée d'arriver dans la bonne boîte mail... Notre cabinet est là pour les représenter auprès de différents employeurs et ainsi maximiser leurs chances de trouver un emploi en lien avec leur recherche. Enfin, nous nous attachons à suivre les candidats tout au long de leur parcours professionnel et à leur proposer des opportunités correspondant à leur expérience et à leurs souhaits de changement.

Reste que ce sont nos clients les plus qualifiés pour juger de la compétence médicale d'un candidat. D'ailleurs, un médecin changera plus aisément avec un confrère. Notre rôle à nous est donc d'être à l'écoute des besoins et attentes de chacun. Fort de notre expertise en santé, nous veillons à ce que des synergies se créent et ainsi générer une satisfaction réciproque.



Tél. : 01 88 32 17 20
Mail : contact@rc-humanrecruitment.com
www.rc-humanrecruitment.com

C. F.

Mouvements anormaux et Parkinson Différencier la maladie des syndromes

Les mouvements anormaux (tremblement, myoclonie, dystonie...) sont des symptômes fréquents dont la prévalence augmente avec l'âge. Ils peuvent être le signe d'une maladie de Parkinson, mais il peut aussi s'agir de syndromes parkinsoniens « plus ».

● Il existe plusieurs syndromes parkinsoniens. La maladie de Parkinson proprement dite est la cause la plus fréquente et elle représente environ 80 % des cas observés. Elle est définie par l'association d'une akinésie (ralentissement à l'initiation d'un mouvement), d'une bradykinésie (ralentissement à l'exécution d'un mouvement), d'une hypokinésie (diminution de l'amplitude d'un mouvement), d'une rigidité dite plastique et d'un tremblement de repos. Sa prévalence est d'environ 150 pour 100 000 habitants dans la population générale et elle s'élève à 1,5 % au-delà de 65 ans. Elle débute en général dans la sixième décennie, mais elle peut survenir à tout âge (10 % avant 40 ans). C'est la deuxième cause de handicap moteur chez le sujet âgé.

Syndromes « Parkinson plus »

À côté de la maladie de Parkinson, on trouve des syndromes parkinsoniens regroupés sous le terme de « Parkinson plus » (15 % des cas). Ils englobent les symptômes de la maladie de Parkinson associés à d'autres symptômes, spécifiques à chacun des syndromes.

« Il est souvent difficile de différencier ces syndromes de la maladie de Parkinson et de les différencier les uns des autres. Parmi eux, on peut citer, la paralysie supranucléaire progressive très souvent impliquée dans les chutes chez le sujet âgé, la dégénérescence corticobasale, et la maladie à corps de Lewy... », explique le Pr Pierre Krolak-Salmon (neurologue à Lyon). Il existe des critères de consensus pour chacun, et il est très important de faire le bon diagnostic pour une prise en charge spécifique ».

Enfin, il existe des syndromes secondaires (5 %), induits par des médicaments, des maladies vasculaires...

Deux grands types de tremblement ont été définis : le tremblement de repos unilatéral (caractéristique

du syndrome parkinsonien et plus particulièrement de la maladie de Parkinson) ainsi que le tremblement postural et d'action (tremblement essentiel).

Ainsi, chez les personnes âgées, la présence de tremblements, de chutes, de troubles cognitifs doit systématiquement faire rechercher un syndrome Parkinsonien. « D'autres signes sont moins spécifiques mais ils doivent alerter et faire rechercher une maladie de Parkinson. Ces trois pièges diagnostiques sont une dépression résistante, une constipation opiniâtre et une douleur scapulaire », souligne le neurologue.

En ce qui concerne, la prise en charge de la maladie de Parkinson, une réflexion est actuellement menée quant à l'intérêt de déployer sur tout le territoire des pôles de Soins de suite et de réadaptation (SSR) « Parkinson ». La prise en charge médicamenteuse des troubles moteurs chez les sujets âgés n'a pas vraiment été bouleversée ces dernières années. Cette prise en charge reste essentiellement non médicamenteuse (kinésithérapie...).