

LE TEMPS SUSPENDU

« Le plus grand obstacle à la vie est l'attente qui est suspendue au lendemain et qui gâche le jour présent. »



Le sommeil est lourd et aux confins des ténèbres de la nuit onirique, j'aperçois un personnage en tribune qui clame, menton et verbe hauts : « Nous sommes dans l'entre-deux d'un rapport Libault salué comme un document important pour construire la loi Grand Âge et Autonomie, et d'un rapport sur les métiers du grand âge, salué

comme une étape importante pour refonder la formation et les conditions de travail et de vie des professionnels du grand âge. Le premier a peu à peu laissé place au discernement de la tactique, le second va se poursuivre par une grande concertation.

La condition des aidants fera l'objet d'un travail législatif à part. Le silence républicain va s'installer fin janvier pour laisser place aux élections municipales après un décembre de frimas social. La fin de l'année sera consacrée à la préparation des élections cantonales qui aboutira aux élections régionales en 2021, ce qui nous amènera à la préparation du grand rendez-vous de la 5ème République, l'élection présidentielle, pour laquelle les projets d'envergure doivent être réservés.

Au loin sur la ligne d'horizon, se situe l'ombre tremblante d'une loi Grand Âge et Autonomie irisée de la lumière du désert, permettant çà et là d'entrevoir le mirage de ce que l'on projette. Si l'échéance importante d'augmentation de la proportion des personnes âgées dépendantes est 2027, selon le rapport

SÉNÈQUE – De la brièveté de la vie

Charpin, pourquoi alors mettre le feu dans une législature de transition entre la rigueur des 3 % et le réinvestissement pour que nation rime avec population. Un secrétaire d'Etat interministériel de la longévité et de l'autonomie sera une nouveauté appréciée pour 2022, à condition qu'il ne vienne pas sur les terres des autres ministères, mais inaugure les EHPAD pour montrer la sollicitude républicaine pour les aînés .

Soudain, une sonnerie de téléphone retentit, je sors de ce rêve curieux pour ne pas dire surréaliste. « Allo ! » « Oui bien sûr, tout à fait d'accord », « bien sûr, c'est important », « comment dès le mois de mai ! », « quelle chance ! ». Je raccroche encore étourdi par ce que je viens d'entendre : la loi sera discutée dès le mois de mai 2020, pour que le travail législatif puisse se faire dans de bonnes conditions et que le vote ait lieu avant les congés d'été. Sénèque a raison, l'attente qui est suspendue au lendemain gâche le présent, à moins que la lenteur tactique soit la grimace qui se moque du stoïcien.»

Professeur Gilles BERRUT

Président du conseil scientifique de l'IPRADE
Responsable Scientifique du
Gérontopôle des Pays de la Loire



LE DÉCRET DU MÉDECIN COORDONNATEUR DU 5 JUILLET 2019

Depuis 1999, il s'agit du décret le plus important sur les missions du médecin coordonnateur. Si cette fonction n'est plus remise en question au sein des établissements, elle reste largement méconnue des médecins traitants et des médecins spécialistes. Sa place particulière entre organisation et qualité des soins en fait une nouvelle activité médicale.

On pourrait également dire que le médecin coordonnateur est dans une situation d'attente en vue de la future mission des établissements médico-sociaux pour personnes âgées. Les possibilités d'évolution

de ces établissements médico-sociaux peuvent être variées : soit des établissements sanitaires, soit des établissements pivots sur un territoire, sorte de pôle de ressources gérontologiques, pour l'hébergement, la prévention et la coordination des professionnels du territoire, soit des lieux de coordination des équipes pour les "EHPAD à domicile", dont on ne voit pas encore les contours et la pertinence.

Il est donc trop tôt pour statuer sur la place des médecins coordonnateurs dans ces futurs établissements. Depuis 20 ans déjà, les médecins coordonnateurs participent,

avec souvent beaucoup d'abnégation et peu de reconnaissance, à l'amélioration de la qualité des soins.

Mais l'inconfort de cette position à la croisée du soin et de l'organisation, et la précarité de leur exercice gênent leur développement.

Ce nouveau décret⁽¹⁾ apporte sept modifications à ses missions :

- La réalisation d'une évaluation gériatrique se fera à l'aide de l'équipe de l'établissement,
- La bonne adaptation des prescriptions médicamenteuses aux impératifs gériatriques mais sans liste préférentielle de médicaments,
- La mise en œuvre d'une politique de formation pour les professionnels de santé exerçant dans l'établissement,
- La participation à l'encadrement des internes et des étudiants en médecine,
- La rédaction avec le concours de l'équipe soignante d'un rapport annuel d'activité médicale,
- L'identification des acteurs de santé du territoire afin de fluidifier

le parcours de santé des résidents,

- La possibilité de prescrire lorsque le médecin traitant désigné par le patient n'est pas en mesure d'assurer une consultation.

Nous reprendrons les modifications des missions avec des commentaires.

Article 2.6 - Il coordonne la réalisation d'une évaluation gériatrique et, dans ce cadre, peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il transmet ses conclusions au médecin traitant ou désigné par le patient. L'évaluation gériatrique est réalisée à l'entrée du résident puis en tant que de besoin.

Il s'agit d'une nouvelle mention qui

affirme que le médecin effectue des propositions diagnostiques et thérapeutiques à l'issue de l'évaluation gériatrique. Il n'est pas obligé de réaliser lui-même l'évaluation gériatrique, mais cet article incite à penser qu'il a la responsabilité des propositions qui seront transmises au médecin traitant à l'issue de cette évaluation.

Étant donné les forces et compétences en présence en général dans un EHPAD, et la faible disponibilité des médecins traitants, pour réaliser une évaluation gériatrique, on voit mal comment le médecin coordonnateur pourrait coordonner une évaluation gériatrique sans y participer lui-même. Ainsi cet article revient à dire que le médecin coordonnateur réalise en collaboration avec d'autres professionnels l'évaluation gériatrique.

1 - Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes



Article 2.7 - Il contribue auprès des professionnels de santé, exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation des impératifs gériatriques, des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Il prend en compte les recommandations de bonnes pratiques existantes en lien, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique.

Cette nouvelle exigence met en exergue la nécessité de suivre les recommandations de bonnes pratiques existantes. Ces recommandations sont nombreuses pour les personnes âgées car elles intéressent de nombreuses spécialités et donc ne sont pas toujours classées dans les recommandations dites gériatriques par la Haute Autorité de Santé. Il devient alors difficile de se tenir à jour dans l'application des bonnes pratiques et dans l'évolution des connaissances et pratiques en gériatrie. Ceci revient à affirmer la nécessité d'une formation médicale continue des médecins coordonnateurs qui soit de qualité et évolutive ou actualisée. Le marché en la matière est très varié et peu d'offres de DPC (Développement Professionnel Continu) sont garanties dans leur qualité et font appel à des universitaires confirmés. Ceci vient renforcer l'intérêt d'un institut de formation tel que l'IPRADE.

Article 2.8 - Il contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement. Il peut également participer à l'encadrement des internes en médecine et des étudiants en médecine, notamment dans le cadre de leur service sanitaire.

Par cet article le médecin coordonnateur devra également faire de l'enseignement auprès des professionnels de santé de l'établissement, et de plus, encadrer les éventuels étudiants médecine ou les jeunes qui feront un service sanitaire. On comprend, et on adhère facilement, à la volonté du législateur de rajouter aux missions des médecins coordonnateurs : celles de former à la gériatrie, celle-ci étant si faible dans le second cycle, et peu représentée dans l'enseignement initial des infirmières et aides soignantes. La nécessité d'une formation continue est renforcée dans cet article. Mais là encore, le temps de travail disponible est sans commune mesure avec cette mission si tant est qu'on désire qu'elle soit effectivement réalisée.

Article 2.11 - Il identifie les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents. A cette fin, il donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels. Il favorise la mise en œuvre des projets de télé-médecine.

Cet article est cohérent avec l'émergence de la notion de territoire de santé et la mise en place des futurs Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC). Même si les établissements médico-sociaux n'ont pas été intégrés dans les groupements hospitaliers territoriaux (GHT), on se rend vite compte que l'aval de l'hôpital peut-être un établissement médico-social et que tout concourt à intégrer ces établissements dans les GHT et les futurs DAC. Comment faire pour que les établissements médico-sociaux avec un manque de personnel connu, réussissent là où des établissements de santé échouent depuis de nombreuses années ? Si la logique

du dispositif est imparable, sa réalisation semble bien hypothétique dans l'état actuel des relations entre les professionnels de santé. Avec les notions d'organisation adaptée aux risques exceptionnels et de mise en œuvre de la continuité des soins, cet article vient introduire une notion qui peut aboutir à une permanence des soins afin que tout résident puisse bénéficier d'un appui médical lorsqu'il doit être hospitalisé ou accueilli dans un hôpital. On rappelle qu'aujourd'hui environ 30 % des hospitalisations à partir d'une EHPAD sont décidées par une aide-soignante en l'absence de tout médecin. Ainsi entre la réalité vécue aujourd'hui par de nombreux établissements et le souhait d'une continuité des soins, il existe un préalable qui est une véritable transformation des métiers et du mode de financement de ces établissements. On peut se poser la question du caractère un peu précoce de cette exigence de continuité des soins, alors que les conditions sont loins d'être remplies. Entre le parcours qui se met difficilement en place en gériatrie, l'absence des EHPAD dans les différents dispositifs de regroupement et de coordination, et l'absence de personnel suffisant pour assurer une continuité des soins, cet article 2.11 est prématuré.



Tramway de Charles street, New Orleans, USA. Construit en 1830



Article 2.13 - Il réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur, en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi en est-il lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins, incluant la prescription de vaccins et d'antiviraux dans le cadre du suivi des épidémies de grippe saisonnière en établissement. Il peut intervenir pour tout acte, incluant l'acte de prescription médicamenteuse, lorsque le médecin traitant ou désigné par le patient ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer une consultation par intervention dans l'établissement, conseil téléphonique ou télé-prescription. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

Cet article n'est pas révolutionnaire et ne vient qu'entériner une réalité. Lorsqu'il n'y a plus de médecin et qu'une infirmière ou, par délégation, un autre professionnel doit administrer des médicaments, il doit y avoir au moins un renouvellement des prescriptions et donc la possibilité de prescrire est une nécessité.

Les situations sont très variables et chacun va décrire ce qu'il connaît comme la généralité qui s'applique à tous. Entre l'EHPAD dans le milieu rural avec peu de médecins intervenants et celui en milieu urbain où beaucoup de prescripteurs se côtoient, les situations sont aussi variables que la localisation des établissements et les modes de travail de chaque médecin. Il nous arrive au cours des consultations hospitalières de renouveler une ordonnance sur la demande de l'infirmière d'EHPAD qui depuis quelques jours déjà, délivre des médicaments sans prescription afin d'assurer la continuité. Permettre

au médecin coordonnateur d'assurer cette continuité de prescription en communication avec le médecin traitant est une mise à jour de ce qui se pratique déjà ou devrait se pratiquer pour assurer une bonne continuité.

Certains clament une démobilisation des médecins traitants à cause de cette prescription de renouvellement de traitement. Ce peut être en effet une justification pour une démobilisation qui existe déjà pour certains d'entre eux, mais cet article ne devrait pas changer fondamentalement la place du médecin coordonnateur.

Conclusion générale :

Ces articles représentent pour la plupart une actualisation des missions du médecin coordonnateur, et ne modifient pas profondément son positionnement au sein des établissements médico-sociaux par rapport à la direction, les autres professionnels et les médecins traitants. Ces articles sont logiques au regard de l'évolution des pratiques, et de l'évolution de l'organisation du système de santé qui se met en route autour des coordinations de territoire et des parcours de soins. La seule question qui est posée est relativement simple : combien de temps faut-il à un médecin pour

réaliser correctement ces missions ? Combien faut-il rémunérer un médecin pour qu'en pratiquant ce métier, il puisse tout simplement effectuer ce travail dans la durée, avec des conditions de vie correspondant à ses attentes ? Ces exigences entraîneront également la nécessité de penser des organisations professionnelles permettant à plusieurs médecins d'intervenir dans plusieurs établissements médico-sociaux pour en assurer la continuité de présence mais également, dans l'avenir une continuité de soins pour répondre aux situations les plus aiguës et

réduire l'hospitalisation en urgence des personnes âgées. Ce n'est qu'à ces conditions que ces articles répondront à l'exigence de qualité des soins à laquelle s'attendent, avec logique, les personnes âgées et leurs familles lorsqu'elles entrent dans un établissement médico-social type EHPAD.



Le rapport sur le métier du grand âge présenté par Myriam EL KHOMRI

Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024.

Madame El Khomri a remis le mardi 29 octobre 2019 à la Ministre de la Santé et de la Solidarité, Agnès Buzyn, un rapport sur l'attractivité des métiers du grand âge. Elle appelle à une mobilisation nationale.

Ce rapport s'est aidé d'une véritable enquête avec 150 auditions, 80 visites dans des établissements hébergeant des personnes en perte d'autonomie (Ehpad), des structures de services à domicile, entre autres, et la réunion d'une véritable task force de professionnels

(aides-soignantes, auxiliaires de vie, DRH...) constituée pour l'occasion. Au regard des besoins, il est estimé qu'il faudra créer 260 000 postes d'ici 2025, et dès maintenant ouvrir 18 500 postes par an. Tous les freins à l'accès à ces métiers devront être levés, en particulier par la suppression du concours d'aide-soignant, la gratuité de la formation initiale et la possibilité de valider la formation par un apprentissage.

Focus sur la formation du personnel des établissements médico-sociaux

Parmi les **5 axes de ce rapport**, l'un porte sur la formation du personnel des établissements médico-sociaux. En voici les propositions :

- Le ministère du travail orienterait des financements du Plan d'Investissement dans les Compétences (PIC) sur les formations sanitaires et sociales dans le cadre des pactes régionaux. Le recrutement serait amplifié par un développement d'opérations de sensibilisation, comme « Viens voir mon métier » de Pôle Emploi et de nouveaux dispositifs à créer.

- Le concours d'aide-soignant serait supprimé et remplacé par la formation initiale et l'apprentissage, et l'inscription se ferait via Parcours'sup. La gratuité de la formation serait assurée. Une sécurisation financière des études serait mise en place, et deux sessions par an de formation seraient réalisées à partir de 2021, afin d'augmenter les possibilités d'inscription.

- Le maillage territorial des lieux de formation serait assuré.

- Les formations seraient rendues lisibles et favoriseraient la polyvalence entre établissement et domicile.

- Le nombre de formations RNCP serait réduit avec une concertation dès 2020. Les formations seraient concentrées afin de rapprocher les référentiels et les instituts de formation des aides-soignants et des accompagnants éducatifs et sociaux, dans la perspective d'une fusion, à terme, des référentiels de formation.

- L'accès et la réalisation des formations seraient facilités par les validations des acquis et les contrats en alternance, dans le cadre de contrats de travail.

- Une formation spécifique en gérontologie serait obligatoire, de même que des analyses de pratiques professionnelles. Pour cela des méthodes pédagogiques adaptées seraient développées, et diffusées des campus des métiers du grand âge.

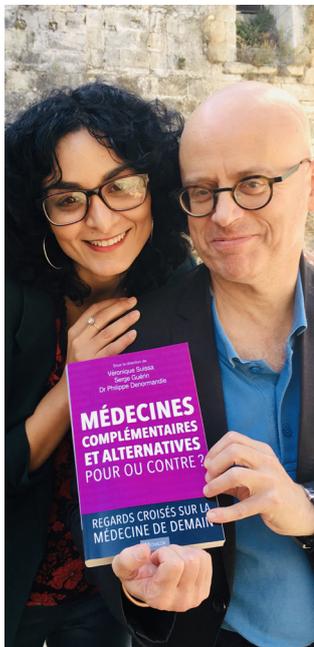
- Une campagne nationale de communication viserait à changer le regard de la société sur les personnes âgées et les métiers du grand âge. Les conseillers d'orientation auraient une actualisation de leurs connaissances sur le sujet.

- Il serait créé un « senior BAFA », avec une information délivrée dès les établissements scolaires.



MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ET ALTERNATIVES (MCA)

Entretien avec les auteurs Serge Guérin et Véronique Suissa.



Véronique Suissa et Serge Guérin, auteurs d'un ouvrage collectif sur les médecines complémentaires et alternatives.

Dans ce livre, sont rapportées les descriptions des différentes médecines complémentaires et alternatives, sans préjuger de leurs mécanismes d'action, ni leur niveau d'efficacité ou de preuves, mais dans le but de permettre une rencontre intellectuelle et humaine, prenant le point de vue des patients qui recherchent un soin, et non celui uniquement des professionnels

et des techniciens de ces différentes approches. Le triptyque « médecines / complémentaires / alternatives » ne se définit pas comme une association mais comme une convergence qui vise à rassembler, dans l'attente qu'une sémantique adaptée puisse voir le jour. Nous avons interrogé les auteurs qui présentent leur ouvrage à la Maison Régionale de l'Autonomie et la Longévité du Gérotopôle des Pays de la Loire, pour mieux cerner l'intention et l'apport de cet ouvrage.

Gilles Berrut (G.B.) Quel est le projet de ce livre ?

Serge Guérin (S.G.) : Ce livre est une rencontre intellectuelle entre un médecin chirurgien intéressé de longue date par les médecines complémentaires et alternatives, une psychologue clinicienne qui a fait une des premières thèses sur ces médecines, moi-même qui suis sociologue intéressé par le vieillissement et ses représentations. C'est d'abord une rencontre où l'on affirme qu'au-delà de l'oncologie, où ces médecines sont déjà pratiquées, ces thérapeutiques ne doivent pas être mises « sous le tapis ». Tout simplement aussi, et je réagis ici en sociologue, parce que ces médecines alternatives et complémentaires sont déjà utilisées par 65 % des Français. Au lieu de dire c'est génial ou c'est nul, notre démarche était de faire un état des lieux de ce qui existe et se pratique aujourd'hui. La logique de reprendre du pouvoir d'agir par les patients, grâce à ces médecines, m'intéressait également. Derrière ce mouvement, il y a également une critique des savoirs y compris des savoirs académiques et scientifiques.

Dans le champ de la gérontologie, on s'est également interrogé sur l'utilisation de ces médecines pour améliorer la qualité de vie et permettre la prévention.

G.B. : Qu'est-ce qui vous a donné l'idée de ce livre ?

Véronique Suissa (V.S.) : Pour reprendre l'histoire depuis le départ, en 2017, j'ai soutenu ma thèse de doctorat sur le sujet des Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) appliquées à la cancérologie. Je suis partie d'une réalité de terrain, d'une pratique de soin pendant huit ans dans un service de soins de suite et de rééducation (service oncologie, gériatrie et polyvalent). Dès ma prise de poste en 2011, j'avais beaucoup de demandes, émanant de la part des patients souhaitant que je les oriente vers des MCA.

C'est de cette façon que j'ai découvert et exploré ce champ sur le terrain et que j'ai poursuivi ma démarche en l'étudiant sous un angle scientifique. En 2014, Philippe Denormandie a créé au sein du groupe privé dans lequel j'exerçais alors comme psychologue, un conseil scientifique portant sur les traitements non médicamenteux. C'est dans ce contexte que je l'ai rencontré et que j'ai évoqué avec lui mes recherches en cours dans le domaine des MCA. Nous évoquions alors déjà des possibilités de collaborations. A l'occasion d'un colloque que j'organisais à l'Université Paris VIII, j'ai invité Serge Guérin à s'exprimer sur le sujet pour partager ses compétences de sociologue, la sociologie étant une grille de lecture importante pour appréhender



der ce sujet difficile voire délicat. Très rapidement, nous avons collaboré et initié une réflexion commune. Nous avons également le désir de porter ensemble un projet de publication pour répertorier ces médecines et les décrire dans le cadre d'un petit guide universitaire. Nous avons toutefois estimé qu'il serait beaucoup plus riche que ce livre soit écrit à plusieurs voix, en invitant d'autres experts à en parler.

Nous avons été très surpris car les trente experts sollicités nous ont tous répondu positivement en l'espace de 10 jours, montrant un réel engouement. Dès lors, nous avons jugé pertinent de repenser ce projet, de l'élargir encore davantage et de le rendre accessible au grand public. Il y avait là les prémices d'une nouvelle dynamique collective. C'est de cette façon que nous avons de nouveau sollicité une vingtaine d'experts, rassemblant pour la première fois au cœur d'un ouvrage 52 auteurs, qu'ils soient « pour » ou « contre » l'essor des MCA, dans le but d'apporter des repères au grand public.

G.B : La question que l'on pourrait se poser, est : " S'agit-il d'une démarche pour délimiter le champ des médecines complémentaires ou alternatives ou est-ce une manière de dire : nous ne sommes pas allopathiques et nous sommes tout le reste ? "

S.G : Le Care est complémentaire du Cure. Il ne s'agit pas de dire que la médecine allopathique n'est pas efficace, mais de montrer qu'il se passe quelque chose à côté sans affirmer qu'elle est bonne ou mauvaise, ce n'est pas notre démarche et notre compétence. Nous sommes actuellement dans un tournant dans le champ

de la santé, avec des tensions entre les croyances et les savoirs, et des tensions entre un pouvoir du haut, qui serait celui de la science, et un pouvoir du bas, qui serait celui de la société.

Il existe également une tension entre le rejet ou l'approbation totale de la Nature, ou de la Technologie. Nous espérons, par cet état des lieux, établir un constat nuancé de cette réalité. L'enjeu de ce livre est rapidement devenu celui de pouvoir mobiliser des scientifiques, des soignants, des médecins et des patients.

Nous avons également mobilisé des élus qui ont légiféré sur la question ou qui ont travaillé sur les dérives sectaires. Ce pari est réussi avec une excellente réactivité des différents auteurs sollicités. Ainsi ce livre a permis un croisement des regards, et pour le lecteur, un large état des lieux de la question afin qu'il puisse mobiliser son esprit critique.

G.B : Si je dis que c'est explorer le champ des possibles, pour une nouvelle norme. Est-ce que vous seriez d'accord ?

S.G : Tout à fait, peut-être qu'il y a besoin de normes à certains niveaux, en particulier concernant les dérives sectaires ou lorsque le porteur d'une MCA affirme qu'il faut pratiquer cette médecine à l'exclusion de toute autre médecine, y compris la médecine allopathique. Il ne s'agit pas d'avoir une position dogmatique. Ce d'autant que dans les débats, les tenants de la médecine allopathique et ceux des médecines complémentaires et alternatives, ont des attitudes de défense ou des modalités d'argumentation et de contradiction qui relèvent souvent de la croyance. Il est rare qu'un argument scientifique

incontournable puisse interrompre tout débat.

Mais, c'est plutôt une confrontation entre, d'un côté, des positions de principe sur une « vérité scientifique », et, de l'autre, un partage d'une pratique ou d'une expérience. La position ne peut être dogmatique, car les deux réalités se côtoient du point de vue du patient. Le patient est rassuré par une médecine officielle, mais dans le même temps les médecines complémentaires lui donnent la possibilité d'une démarche personnelle, c'est un facteur de réappropriation de son corps et de sa santé, très souvent bénéfique.

C'est pourquoi l'objet de ce livre est de proposer une réflexion globale sur ces approches, avec les points positifs, les points négatifs voire dangereux. Surtout, ces MCA englobent une vision globale de l'être humain, plutôt qu'une approche technique et juste centrée sur la pathologie.

Un autre aspect doit être rappelé ici. Les médecines complémentaires et alternatives développent dans leur technique même, le soin relationnel, or c'est cette relation qui est un élément majeur de leur apport thérapeutique : à l'heure où le temps des médecins est contraint, que ce soit dans l'exercice de ville ou hospitalier, la possibilité d'entretenir une relation interpersonnelle sur sa maladie au titre de la santé est une démarche thérapeutique nécessaire.



G.B : Vous avez exploré les possibles, mais est-ce qu'il y avait un filtre ou une limite à ces invitations d'expert, en se disant, cette médecine, on ne va pas en parler car cela ne nous semble pas bon, par exemple ?

V.S : C'est plutôt l'inverse. Même si tout le monde a répondu par la positive, il a été difficile de rassembler d'emblée des « pour » et des « contre ». Par exemple la question de la terminologie utilisée pour notre titre suscitait certaines réserves. Plusieurs auteurs refusaient l'idée de s'associer à un ouvrage dont le titre stipulait le terme de « médecines alternatives » considérant qu'ils risquaient d'être accusés de soutenir des méthodes douteuses.

Nous avons alors eu plusieurs demandes de modifications du titre de l'ouvrage. Nous avons pris le temps d'expliquer l'intérêt de maintenir ce terme. Nous avons notamment soulevé l'importance de pointer les risques et dérives de certaines approches alternatives. De même, nous avons rappelé que cette alternativité n'était pas nécessairement signe de dérives (ex: contexte de prévention, de soins palliatifs...). De la même façon, certains auteurs invités à écrire sur les dérives sectaires pouvaient être réticents à l'idée que l'ouvrage s'intéresse également aux bénéfices de certaines pratiques. Nous leur avons expliqué notre positionnement, l'importance de rassembler les acteurs et l'intérêt de s'ouvrir aux médecines complémentaires.

La difficulté a été d'exposer à chaque co-auteur le sens de ce projet et son ouverture, pour que chacun puisse se sentir invité à y participer. Ensuite, le travail a surtout résidé dans l'articulation entre les

différentes propositions thérapeutiques et la façon de les présenter de façon cohérente au sein du livre. Nous ne nous sommes pas donné de limites en termes de pratiques, au contraire, nous souhaitions présenter un large panel de MCA en maintenant toutefois un équilibre entre pratiques potentiellement « thérapeutiques et contre thérapeutiques ».

Dans le même temps, il ne s'agissait pas de procéder à une description exhaustive des 400 médecines complémentaires alternatives actuellement recensées, mais de proposer un aperçu de l'éventail de celles-ci, de pointer leurs impacts pluriels sur la santé (bénéfiques, risques, dérives) et la double dynamique qui en découle entre politique d'intégration et de vigilance.

G.B : Ce livre est en effet un événement, car c'est la première fois que l'on a une description aussi détaillée et large de ces médecines. Qu'est-ce qui vous a guidé dans le choix des auteurs qui ont participé à l'ouvrage ?

S.G : C'est vrai que c'est une démarche unique en France et sans doute en Europe. La richesse de cet ouvrage est liée à ses 52 contributeurs. Ce qui nous a mobilisé, c'est de mettre en lien ou en regard, différentes approches, et de permettre une discussion sur les avantages et inconvénients et même sur ce qui doit être critiqué, comme cela est souligné dans les contributions de la MIVILUDES (Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires) portant sur certaines approches douteuses dont les effets négatifs sont reconnus.

Pour une partie ce sont des auteurs que nous connaissions, et dont la

compétence et l'ouverture d'esprit étaient fortes. Les auteurs ont aussitôt adhéré à ce projet dans un délai très rapproché. On s'est dit alors que l'on répondait à une attente.

G.B : Vous avez dans le même temps pointé certaines pratiques qui pourraient être apparentées à des dérives sectaires selon la MIVILUDES ?

S.G : Tout à fait, lorsque par exemple, des praticiens déconseillent à des patients de suivre leur chimiothérapie lors d'un cancer, il est important que l'on puisse indiquer le caractère dangereux de certaines de ces approches. Au lieu de les omettre et de les nier, l'idée était plutôt d'analyser en quoi elles étaient dangereuses, et ainsi compléter l'éventail des propositions sans se restreindre à des choix préétablis.

G.B : La ministre de la Santé a décidé le déremboursement de l'homéopathie car cette médecine n'a pas démontré son efficacité. Cette démarche ministérielle est à l'opposé de la démarche de ce livre. Qu'en pensez-vous ?

S.G : On peut s'amuser que ce livre soit sorti le jour anniversaire du remboursement de l'homéopathie par l'assurance maladie. Il y a trente ans, je ne suis pas sûr qu'il y ait eu une grande réflexion pour accepter le remboursement. Et, trente ans après, je ne suis pas sûr non plus qu'il y ait une grande réflexion pour en décider le déremboursement.

On a fait un colloque au ministère de la Santé sur l'ouvrage, il n'y a donc pas d'esprit de confrontation, et la ministre a mobilisé l'HAS pour réfléchir aux apports de l'homéopathie et c'est également le ministère qui a défendu la pratique de



médecines complémentaires pour les patients atteints de cancer. On voit que les choses doivent être considérées avec nuance et sont en perpétuelles évolutions. Une des questions centrales concerne l'évaluation : comment on évalue l'apport de ces traitements qui, dans certains cas ne répondent pas aux mêmes critères que les médicaments habituels ? Il y a une véritable interrogation sur ce qui a fait ses preuves et comment on peut les valider scientifiquement. Parfois, comme pour l'hypnose on utilise des traitements sans qu'il y ait de preuve, mais le clinicien observe que cela a des effets bénéfiques pour le patient et peu ou pas d'effet délétère.

G.B : **Après ce travail très complet, êtes-vous en mesure d'indiquer quel est le point commun à toutes ces médecines ?**

V.S : Au regard de la diversité des pratiques (ex : méthodes manuelles, psychologiques, corporelles, etc.) et de leur fondement théorique, celles-ci ont finalement peu de similitudes. Le point commun central réside dans le fait que ces approches ont toutes des conceptions de la maladie et de la prise en charge se distinguant de notre médecine. Pour autant, cela ne signifie pas qu'elles s'opposent à la démarche allopathique et scientifique. Un autre point commun, de mon point de vue, est lié à une problématique particulière commune : celle de la formation.

Au delà des différentes techniques utilisées se pose surtout la question des critères de formation des praticiens et la manière dont ces méthodes sont dispensées. Par exemple pour l'hypnose, elle peut être exercée par des personnes dûment formées possédant par

ailleurs souvent un diplôme de soignant ou de docteur en médecine; mais, elle peut également être pratiquée par des personnes insuffisamment formées, parfois au cours d'un week end, uniquement. Ceci est également le cas de la sophrologie. Il existe une formation officielle étalée sur 2 ans, tandis que certains dispositifs proposent des formations en quelques semaines. Mais le patient en position de fragilité ne fera pas nécessairement la différence. Cette réalité de terrain est un véritable point commun, car on se retrouve avec des médecines complémentaires pratiquées par des personnes aux niveaux de compétences très hétérogènes. Nous n'avons à ce jour pas mis en place des normes solides permettant de sécuriser les niveaux de pratiques pour les patients, et ceci reste à faire.

G.B : **Mais n'est-ce pas ce caractère non officiel qui permet leur efficacité auprès de patients qui recherchent à reprendre l'initiative sur leur maladie ? Le fait que ce traitement ne soit pas « dans les clous » est une condition pour s'approprier son traitement de manière plus personnelle.**

V.S : En effet, la question est importante. Aujourd'hui, on tend vers une approche globale de la personne, on prône l'autonomie et la liberté des soins. On revendique également le souhait que le patient redevienne acteur et l'importance de considérer son expertise. Mais sur le terrain, on constate que ces idées ont du mal à imprégner le système de soins fortement centré sur une technique et segmenté. Il y a un écart entre le discours théorique en faveur du « care » et la pratique normée autour du « cure ». Si je reprends certains résultats issus de ma thèse, les « utilisateurs complémentaires » de MCA

allaient globalement mieux sur tous les plans :

physique, psychique, social et spirituel. Le fait de se sentir acteur, mais également les croyances soutenantes, contribuaient à réduire la souffrance liée aux effets secondaires, avec en quelque sorte une meilleure tolérance aux traitements allopathiques indispensables pour traiter le cancer. Dans le même temps, les utilisateurs de MCA avaient tendance à comparer les deux formes de médecines, allopathique et non conventionnelle considérant que cette dernière répondait davantage à leurs attentes en matière de soins. Force est de constater que les MCA conduisaient à modifier positivement certaines habitudes de vie. « Les chimiothérapies vont entraîner une chute des cheveux » me disait une patiente, « alors je vais agir et avoir une vie plus saine, une meilleure alimentation ». L'idée sous-jacente retrouvée chez beaucoup d'utilisateurs de MCA était la recherche d'un contrôle sur sa santé avec la conviction que les actions initiées (ex : changement de mode de vie, recours à une MCA, etc.) permettraient de mieux vivre les conséquences du cancer.

Il ne s'agissait pas d'étudier l'impact d'une intervention thérapeutique ciblée, je n'ai pas été sur ce terrain là, mais d'explorer plus en avant les attentes individuelles en matière de soins et les impacts perçus par les patients de la prise en compte de leur attente.

À cet effet, un autre exemple, rapporté par une patiente pratiquant la méditation, exprimant les processus impactant son mieux-être : Cette technique d'auto-aide a été le moyen pour elle de développer de nouvelles compétences, de se sentir valorisée, plus entourée, de



modifier positivement son mode de vie, d'améliorer sa capacité à se décontracter entre les séances de chimiothérapie. À terme, l'appropriation de cette technique a contribué à diminuer son isolement, ses angoisses tout en renforçant son estime, sa capacité à se décentrer de la douleur et par ricochet à sa qualité de vie.

G.B : Il y a peut-être une démarche de guérison au sens d'être du côté de la santé et non du côté de la maladie ?

V.S : En effet l'organisation des soins est centrée sur le symptôme, la maladie, le traitement vécu comme agressif, alors que ces médecines se situent davantage du côté de la santé, du bien-être, de la recherche d'un équilibre plus global. Ces différences en termes d'approches contribuent sans doute à cette dynamique de comparaison par les patients utilisateurs de MCA, opposant souvent « médecine dure » et « médecines douces ». Il s'agit d'un risque à ne pas minorer, notamment lorsque cette comparaison s'inscrit dans une opposition radicale conduisant certains malades à abandonner des traitements vitaux au profit de pseudo MCA.

En ce sens, le terme de « médecines douces » souvent utilisé, participe à la représentation sociale erronée selon laquelle ces pratiques sont dénuées de risques. Pour autant, nombreuses de ces médecines sont également du côté de la prévention, du bien-être, et de la prise en considération accrue des besoins spécifiques du patient. D'ailleurs, les séances de MCA sont généralement longues. Une prise en charge dure entre 1 heure et 1 heure 30, permettant à terme d'instaurer un lien solide avec la personne et plus largement de valoriser le soin

relationnel. C'est sûrement un des aspects qui attire les utilisateurs de MCA. Au delà, ces pratiques répondent aux attentes des patients souvent déçus par une consultation ou une hospitalisation technique, séquencée et recherchant une écoute, de l'empathie, du sens et un soin plus holistique.

G.B : Cela fait plusieurs fois que vous présentez votre livre. Quelles sont les réactions les plus fréquentes des auditeurs ?

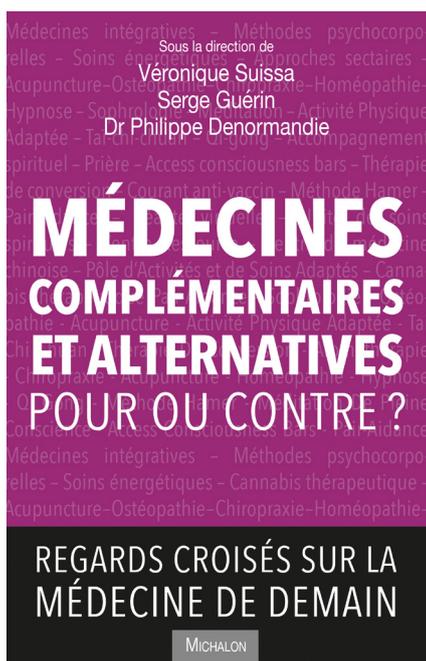
S.G : Il y a en effet, beaucoup de monde qui vient aux présentations du livre. Il y a un public de médecins souvent critiques, mais aussi en interrogation, les uns dogmatiques, les autres à l'écoute de ce que disent les patients et en attitude d'ouverture, sans donner pour autant un blanc-seing à ce qui se dit. Il y en a également avec différents niveaux de pratiques ou des pratiques diverses. Ces derniers venant parfois dire, « mais ma pratique, vous n'en avez pas parlé. » Parfois même avec des querelles de chapelle : « moi je suis mieux que l'autre. » Il y a aussi, et nous y sommes très attentifs, une parole des patients. Certains d'entre eux ont développé une expertise de fait, de leur maladie et témoignent de l'utilisation de médecine complémentaire ou alternative qui a été bénéfique pour eux. Ils sont souvent, et c'est naturel, des ambassadeurs de ces traitements complémentaires, lorsqu'ils ont été bénéfiques pour leur santé. Enfin, il y a les politiques qui sont inquiets soit de l'inefficacité, soit de la possibilité de dérives sectaires.

G.B : Ce livre, par l'enthousiasme des auteurs à y répondre et l'engouement à sa sortie, montre qu'il répond à une attente forte. Qu'est-ce que vous voulez faire de cela ?

V.S : Nous avons le sentiment que ce livre vient pointer les possibles d'une dynamique nouvelle et constructive et est capable de réunir une variété de personnes. Le mouvement initié par cet ouvrage est une démarche préliminaire essentielle pour sortir du cloisonnement de la pensée autour d'un sujet sensible impliquant souvent des positions figées « pour » vs « contre ». Nous avons également le sentiment que l'on répond à de fortes attentes émanant tant des professionnels de santé, des praticiens de MCA que des patients. C'est pourquoi Serge Guérin, Philippe Denormandie et moi-même continuons de cheminer vers une réflexion commune permettant de poursuivre les échanges et de porter cette dynamique dans la durée.

La traduction concrète de ce désir a récemment pris forme lors d'un premier colloque national des MCA, qui s'est tenu le 28 octobre au Ministère de la Santé. Nous avons aussi fait le choix de pérenniser ce colloque de façon annuelle. La suite reste à écrire et à construire et nous y travaillons collectivement et activement.

Propos recueillis par G.B



MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ET ALTERNATIVES POUR OU CONTRE

Regards croisés sur la médecine de demain.

Suissa V, Guérin S, Denormandie P.

Ed Michalon, Paris, 2019, 422p.

PRATIQUE CLINIQUE DE LA TÉLÉMEDECINE



UNE COLLABORATION GÉRIATRIQUE ET PSYCHIATRIQUE

Un cas d'intrication psycho-cognitive

Jaulin P¹, Berrut G²

1 : PHU de psychiatrie, unité de gérontopsychiatrie, CHU de Nantes

2 : PHU Gérontologie Clinique, CHU de Nantes

La télémedecine s'impose parfois comme une alternative à la consultation. C'est le cas pour les personnes âgées résidentes en EHPAD. Elles n'avaient, auparavant, pas d'accès à des avis spécialisés en dehors d'une hospitalisation, du fait de leur grande difficulté à s'adapter à une consultation externe.

Nous avons développé depuis 4 ans, dans le pôle hospitalo-universitaire (PHU) de Gérontologie clinique en collaboration avec le PHU de psychiatrie du CHU de Nantes, une téléconsultation conjointe gérontopsychiatrique en EHPAD. Le résident est consulté en présence du médecin coordonnateur, et de l'infirmière coordinatrice de l'unité. Le centre de référence est composé d'un gériatre et d'un psychiatre ayant des compétences en gérontopsychiatrie.

La consultation est préparée en amont par le médecin coordonnateur qui réunit des éléments anamnestiques et des renseignements sur l'autonomie auprès des soignants. En début de séance, la situation est présentée et discutée en l'absence du patient sous forme de télé-expertise.

Puis le patient entre dans la salle de télémedecine, et il est interrogé et examiné notamment sur le plan neuro-psychologique par l'équipe de référence, et physiquement avec des gestes cliniques réalisés par le médecin coordonnateur.

Après la sortie du patient de la salle de télémedecine, les professionnels font la synthèse de leur consultation et élaborent des propositions diagnostiques, puis des propositions thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses qui seront soumises à la prescription du médecin traitant.



Cas clinique

Nous rapportons une situation examinée en télé-médecine : M.V, âgé de 94 ans est vu en téléconsultation pour l'évaluation de difficultés comportementales avec instabilité et opposition aux soins, d'apparition relativement brutale. Veuf depuis six mois, il a eu six enfants. C'est un ancien chef d'entreprise, ayant exercé par ailleurs des fonctions de maire. Il a un niveau socioculturel élevé (il parle plusieurs langues). Dans ses antécédents, nous retenons un adénocarcinome du côlon, une insuffisance rénale et une thrombose veineuse profonde, et pas d'antécédent dépressif notable.

Il est décrit comme performant au niveau cognitif, jusqu'au mois d'octobre dernier où sont apparus un comportement inadapté et des propos incohérents (il se voyait au Maroc, où il se rendait auparavant régulièrement, et se disait également médecin), avec par ailleurs une désinhibition (tendance à embrasser, rires immotivés) et une opposition (refus du traitement et des aliments, qui s'est traduit par un amaigrissement de 10 kilos en quelques mois).

L'examen clinique pratiqué par le médecin traitant rapporte des chiffres à 160/100 mm Hg avec un pouls régulier à 80 bpm. L'hypertension artérielle est connue et jusque là ne nécessitait pas de traitement antihypertenseur. Les examens biologiques standards montrent une fonction rénale normale avec une clairance glomérulaire à 65 ml/min. L'albuminémie était de 27 g/l, il y a deux mois en l'absence d'épisode infectieux. Il a bénéficié d'un scanner cérébral qui retrouvait une image lacunaire frontale droite, une leucoaraïose et une atrophie cortico-sous-corticale diffuse. Il refuse actuellement tout traitement, n'ayant pris jusqu'ici que de l'OXAZEPAM® comme traitement psychotrope.

Vu en entretien, il est très opposant, se met en colère, et particularité, s'exprime en anglais comme actuellement la plupart du temps avec l'équipe soignante. L'entretien avec sa fille, dans un deuxième temps, nous confirme des fonctions cognitives plutôt préservées jusqu'à l'automne où il gardait de bons repères temporo-spatiaux, biographiques et familiaux (le MMS était à 25 sur 30 à ce moment), avec cependant quelques difficultés d'autonomie préexistantes à son domicile, qui ont conduit à son institutionnalisation, accentuant un syndrome de perte liée au décès de son épouse.

Nous concluons

1.1) Le diagnostic d'instabilité thymique qui semble toutefois au premier plan avec altérations cognitives évo-

quant un syndrome frontal secondaire à une atteinte vasculaire dans un contexte d'atteintes vasculaires diffuses. La modification comportementale brutale évoque toutefois l'incidence d'un événement vasculaire frontal et d'une déstabilisation thymique associée, qui est donc à traiter.

1.2) La proposition thérapeutique médicamenteuse : il convient de privilégier les traitements per os comme le LYSANXIA® 10 à 20mg par jour, ou le NORSET® : 15 à 30 mg par jour dans le but de diminuer sa réactivité en restant attentif pour ce dernier à un risque de virage de l'humeur.

L'hypertension artérielle impose un traitement. Il est choisi une association IEC (Inhibiteur de l'enzyme de conversion, et diurétique faible dose.

1.3) Les propositions non médicamenteuses font intervenir un projet personnalisé des activités de vie quotidienne favorisant le respect de l'autonomie restante, en privilégiant la stimulation cognitive modérée, associée à une disposition vicariante des objets et des vêtements pour favoriser la réalisation de gestes de la vie quotidienne. La participation aux activités collectives est suspendue par la difficulté du résident à s'intégrer dans une dynamique collective, mais remplacée par des temps individuels d'assistance empathique, en particulier lors des périodes post prandiales.

2.4) Un enrichissement des apports protéiques est conseillé.

Commentaires : Ce cas complexe intriquant lésions cérébrales et troubles psychoaffectifs, nécessite plutôt un double avis, qu'une orientation d'emblée en structure spécialisée.

Une téléconsultation de réévaluation des propositions thérapeutiques est prévue à 1 mois afin d'adapter éventuellement les traitements. En situation de difficulté de prise en charge par l'EHPAD, cette situation peut relever d'une unité cognitivo-comportementale. Ces tableaux, frontières entre les troubles psychoaffectifs de présentation modifiée par les altérations cognitives majeures, et les atteintes directement liées aux atteintes cognitives sont fréquents dans les difficultés de prise en soins en EHPAD. La double expertise, que permet la télé-médecine, trouve son sens dans ces contextes intriqués. L'échange en direct avec l'infirmière permet des démarches non médicamenteuses adaptées aux possibilités de l'établissement et de sa pratique de soin.



ETUDE RETREAT FRAIL : QUAND DÉPRESCRIRE CHEZ UN SUJET ?



Pr Athanase Bénétos, CHU Nancy

Le traitement antihypertenseur est la clé de voûte de la prévention des événements cardiovasculaires à tous les âges de la vie. Mesurer la pression artérielle et prescrire un traitement chez le sujet âgé qui permet d'atteindre des chiffres inférieurs à 140 / 90 mm Hg est recommandé.

Mais en pratique clinique gériatrique, on constate que des personnes très âgées et qui ont une altération significative de leur état fonctionnel et une fragilité accrue, présentent une surmortalité lorsqu'ils ont des chiffres tensionnels trop faibles sous traitement anti hypertenseur (par exemple une PAS <130 mmHg).

Aucune étude interventionnelle n'a été actuellement réalisée dans la population très fragile de sujets âgés pour étudier si la surmortalité pouvait être réduite par une réduction du traitement antihypertenseur.

Ainsi, actuellement, il n'existe pas de recommandations claires concernant les objectifs tensionnels du traitement anti-hypertenseur (anti-HTA) chez les sujets très âgés, fragiles et en perte d'autonomie. C'est pourquoi le Pr Athanase Bénétos, grand spécialiste de l'hypertension artérielle du sujet âgé, propose au moyen d'un projet hospitalier de recherche clinique national, d'évaluer l'effet de la diminution du nombre des médicaments anti-HTA, par comparaison à la prise en charge habituelle, sur la mortalité à 3 ans en moyenne, chez des sujets hypertendus traités, âgés > 80ans, institutionnalisés et ayant une pression artérielle systolique <130mmHg et traités par plus d'un médicament anti-HTA.

Cette étude randomisée analysera également la survenue d'évènements cardiovasculaires (CV) majeurs (notamment AVC et poussées d'Insuffisance Cardiaque) la prévalence de l'hypotension orthostatique, la mortalité non CV, la survenue de chutes et fractures, la perte d'autonomie, le déclin cognitif, la fragilité et la qualité de vie liés à la santé.

Les objectifs du traitement de l'hypertension artérielle dans une population très âgée, fragile et poly-médicalisée n'ont jamais

fait l'objet d'études interventionnelles. L'expertise des équipes hospitalo-universitaires, l'utilisation des moyens de télémedecine, et l'ensemble du design de l'étude garantissent à la fois un haut niveau scientifique, mais également une approche pragmatique de cette population porteuse de problèmes médicaux complexes.

La décroissance thérapeutique sera effectuée à l'aide d'un algorithme automatique élaboré pour cette étude. Celui-ci, nourri par les données cliniques du patient recueillies lors de la visite médicale, propose à l'expert universitaire la molécule qui doit être arrêtée. Ensuite, l'expert valide ou modifie cette proposition, puis une ordonnance est adressée au médecin coordonnateur.

La pertinence de cette étude de grande qualité méthodologique a mobilisé l'IPRADE qui y participe avec 3 EHPAD de LNA Santé et les EHPAD du CHU de Nantes. Les investigateurs espèrent que les résultats de l'étude RETREAT FRAIL établiront des règles de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie porteuses d'une HTA, pour lesquelles aucune recommandation officielle n'existe actuellement.



MUSIC AS A MNEMONIC STRATEGY TO MITIGATE VERBAL EPISODIC MEMORY IN ALZHEIMER'S DISEASE: DOES MUSICAL VALENCE MATTER?

Ratovohery S, Baudouin A, Palisson J, Maillet D, Bailon O, Belin C, Narme P.
J Clin Exp Neuropsychol. 2019;41:1060-1073.

La musique est de plus en plus utilisée pour améliorer la cognition en milieu de soins. Ce travail visait à déterminer l'action de la musique sur les capacités de mémorisation dans le cadre de la maladie d'Alzheimer (MA). Ainsi ont été comparés, 13 patients atteints de MA et 26 sans troubles de la mémoire.

Les personnes étaient invitées à apprendre un texte portant sur la vie quotidienne, soit sur une musique instrumentale familière à valeur considérée comme positive ou négative, soit uniquement lu à voix haute. Les rappels immédiats et différés (après 10 min et 24 heures) ont été mesurés. Les participants MA dont les textes

étaient jumelés à de la musique considérée comme positive ont de meilleures performances que lorsque la musique est considérée comme négative, ou en l'absence de musique.

Ce résultat montre que la musique favorise la mémorisation y compris chez les patients présentant une maladie d'Alzheimer. Ce travail montre une nouvelle fois que le choix de la musique a une valeur thérapeutique et donc impose qu'il y ait un projet de soins construit avec compétence dans le domaine de la musicothérapie, pour que l'utilisation de la musique apporte le bénéfice attendu en termes de stimulation cognitive.

ASSOCIATION BETWEEN VITAMIN D SUPPLEMENTATION AND MORTALITY : SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Zhang Y, Fang F, Tang J, Jia L, Feng Y, Xu P, Faramand A.
BMJ 2019;366:l4673.

Il s'agit d'une revue systématique et méta-analyse d'essais contrôlés randomisés réunissant 52 essais portant sur un total de 75 454 participants. La supplémentation en vitamine D n'était pas associée à une réduction de la mortalité globale, ni cardiovasculaire. Par contre, la supplémentation en vitamine D a réduit le risque de décès par cancer (HR : 0,84 [IC 95 % : 0,74-0,95]). Les auteurs rapportent que seule la Vitamine D3 et non la vitamine D2, apportait cette réduction de mortalité.

Les résultats de cette étude sur la mortalité toutes causes confondues diffèrent de ceux de deux études précédentes. Une étude Cochrane (1), réalisée en 2014, a révélé que la supplémentation en vitamine D avait réduit la mortalité toutes causes confondues dans l'ana-

lyse de 56 essais avec un total de 95 286 participants (RR : 0,97 [0,94-0,99] ; p = 0,02). Au cours de la même année, une étude systématique menée par Bolland (2), incluant 40 essais avec un total de 81 173 participants, a également suggéré un léger effet sur la mortalité toutes causes confondues (0,96 [0,93-1,00] ; p = 0,04). Les études précédentes ont probablement abouti à des conclusions plus optimistes en raison de critères de sélection différents.

Par rapport à ces précédentes analyses, celle de Y Zhang et al. excluait les études qui comportaient une supplémentation calcique ou des analogues de la vitamine D.

Commentaires :

Les études précédentes constataient également une réduction de la mortalité par cancer, mais avec des problèmes de taille d'échantillon pour l'affirmer.

En 2018, une méta-analyse de Goulão et al. (3) n'a pas trouvé de preuves suggérant que la supplémentation en vitamine D seule réduisait la mortalité par cancer (1,03 [0,91-1,15]). Une étude du BMJ (4) au contraire confir-

mait ce résultat de réduction de la mortalité au cours du cancer (0,87 [0,79-0,96]).

Les limites de ce travail doivent être rapportées :

- De nombreuses études d'intervention sur la vitamine D n'ont pu être prises en compte, car elles ne comportaient pas de données de mortalité.

- Souvent dans les études colligées, la mortalité est un critère de jugement secondaire, et donc la méthode n'est pas prévue spécifiquement pour cet objectif.
- Dans plusieurs études, les groupes dits contrôle comportent des patients qui prenaient de la vitamine D.
- Les doses de vitamine D variaient fortement entre

les études.

- Enfin, le statut initial n'est pas toujours connu, ou pris en compte dans les résultats.

Au total, le bénéfice de la vitamine D sur la mortalité reste à confirmer.

1. Bjelakovic G, Gluud LL, Nikolova D, Whitfield K, Wetterslev J, Simonetti RG, Bjelakovic M, Gluud C. Vitamin D supplementation for prevention of mortality in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Jan 10;(1):CD007470.
2. Bolland MJ, Grey A, Gamble GD, Reid IR. The effect of vitamin D supplementation on skeletal, vascular, or cancer outcomes: a trial sequential meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014 Apr;2(4):307-20.
3. Goulão B, Stewart F, Ford JA, MacLennan G, Avenell A. Cancer and vitamin D supplementation: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 2018;107:652-63.
4. Keum N, Lee DH, Greenwood DC, Manson JE, Giovannucci E. Vitamin D supplementation and total cancer incidence and mortality: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Oncol.* 2019;30:733-43.

ASSOCIATIONS OF PHYSICAL ACTIVITY AND β -AMYLOID WITH LONGITUDINAL COGNITION AND NEURODEGENERATION IN CLINICALLY NORMAL OLDER ADULTS.

Rabin JS, Klein H, Kim DR, Schultz AP, Yang HS, Hampton O, Jiang S
JAMA Neurol. 2019 Jul 16. doi: 10.1001/jamaneurol.2019.1879.

En l'absence de traitements modificateurs de la maladie d'Alzheimer, il est indispensable d'identifier les facteurs de risque modifiables susceptibles de retarder la progression de la maladie d'Alzheimer. Plusieurs études montraient une possible relation entre l'activité physique et le volume cortical [5,6,7] et avec la charge amyloïde [8,9]. Le but de cette étude était d'analyser si l'activité physique réduit la charge amyloïde et diminue la réduction du volume cortical, de manière indépendante du risque vasculaire, chez des sujets cliniquement normaux. Il s'agit d'une étude longitudinale rétrospective utilisant la base de données de la Harvard Aging Brain Study. Les participants devaient disposer de données initiales de tomographie par émission de positrons $A\beta$, de données médicales de base permettant de quantifier le risque vasculaire et de données longitudinales d'imagerie neuropsychologique. Les données, recueillies de 2010 à 2018 ont été analysées en 2018. L'activité physique a été quantifiée à l'aide d'un podomètre (nombre moyen de pas par jour). La charge de référence en β a été mesurée avec une tomographie par émission de positrons d'un traceur des dépôts amyloïdes (composé B Pittsburgh C11). La cognition a été mesurée chaque année (composite cognitif préclinique Alzheimer (PACC))

et suivie pendant une période médiane de 6 ans [4,3-6,3]. La neurodégénérescence a été évaluée par imagerie par résonance magnétique structurale longitudinale (par comparaison des examens au cours du temps), en mettant l'accent sur le volume total de matière grise et l'épaisseur corticale régionale. Parmi les 182 participants inclus, 103 (56,6%) étaient des femmes et l'âge moyen était de $73,4 \pm 6,2$ ans. Il existait une interaction significative entre l'activité physique et la charge en $A\beta$. Ainsi, une activité physique plus importante était associée à un ralentissement du déclin cognitif évalué soit par la charge amyloïde soit par la diminution de la perte du volume cortical. L'ajustement sur le niveau de risque vasculaire n'a pas modifié la relation. Malgré tout, un risque vasculaire faible était en faveur d'un déclin cognitif plus lent, de manière indépendante à l'activité physique.

Commentaires : Cette étude montre pour la première fois, qu'à côté du niveau de risque vasculaire, l'activité physique est un autre facteur de risque indépendant de déclin cognitif et devrait être intégrée dans les démarches de prévention des atteintes cognitives acquises de l'adulte.

- 5 - Rovio S, Spulber G, Nieminen LJ, et al. The effect of midlife physical activity on structural brain changes in the elderly. *Neurobiol Aging.* 2010;31:1927-1936.
- 6 - Okonkwo OC, Schultz SA, Oh JM, et al. Physical activity attenuates age-related biomarker alterations in preclinical AD. *Neurology.* 2014;83 (19):1753-1760.
- 7 - Tan ZS, Spartano NL, Beiser AS, et al. Physical activity, brain volume, and dementia risk: the Framingham Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2017;72(6):789-795.
- 8 - Liang KY, Mintun MA, Fagan AM, et al. Exercise and Alzheimer's disease biomarkers in cognitively normal older adults. *Ann Neurol.* 2010;68(3):311-318.
- 9 - Müller S, Preische O, Sohrabi HR, et al; Dominantly Inherited Alzheimer Network (DIAN). Relationship between physical activity, cognition, and Alzheimer pathology in autosomal dominant Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2018;14:1427-1437.



THE ROLE OF THE DORSAL ANTERIOR INSULA IN ECSTATIC SENSATION REVEALED BY DIRECT ELECTRICAL BRAIN STIMULATION

Bartolomei F, Lagarde S, Scavarda D, Carron R, Bénar CG, Picard F. *Brain Stimul.* 2019;12:1121-1126.

Certains patients épileptiques ont des crises pendant lesquelles surviennent des phénomènes qu'il est possible de qualifier d'extatiques : toute anxiété est absente, le bien-être est diffus, avec le sentiment d'être totalement présent au monde et de ne faire qu'un avec l'univers.

Trois patients devant subir une intervention chirurgicale pour épilepsie réfractaire aux traitements ont été étudiés par une équipe de recherche marseillaise. Les auteurs montrent que seule la stimulation électrique du cortex antéro-dorsal de l'insula provoque des symptômes de type extatiques.

Cette région du cerveau est impliquée dans l'anticipation anxieuse. Elle agit comme un système d'alerte, dont l'inhibition (par exemple, par stimulation électrique) pourrait donner au sujet un sentiment de clarté, de certitude et d'évidence.

Cet article intrigue par la relation entre l'étude classique en électrostimulation et l'objet de cette recherche. En effet l'extase est une des manifestations qui, dans l'histoire, a été considérée comme le signe même de l'intervention de la transcendance dans l'intimité de la vie spirituelle.

AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET SOCIALE DES PERSONNES ÂGÉES : IMPACT DES PLANS PERSONNALISÉS DE SANTÉ SUR LES PARCOURS DE SOINS (ÉTUDE IRDES)

Penneau A et al. *Document de travail n° 81 - Irdes - Juillet 2019*

En 2014, l'expérimentation des Parcours santé des aînés (Paerpa) était initiée dans 9 territoires pilotes. Le Plan Personnalisé de Soins (PPS) est l'outil de coordination du Paerpa. L'Institut de Recherche et de Documentation en économie de santé (Irdes) a publié en juillet 2019 le résultat d'une évaluation de l'action en comparant le parcours antérieur et postérieur au PPS à celui de sujets contrôles de profil voisin. L'étude a ainsi été menée à partir des données de consommation interrégime de l'Assurance Maladie (DCIR) entre 2013 et 2017. Ainsi 4013 sujets ont bénéficié d'une PPS et ont été appariés à partir des 187635 personnes de 75 ans et plus de ces mêmes territoires qui n'ont pas eu de PPS. Les sujets ayant bénéficié d'un PPS présentent dépenses en soins infirmiers augmentés, alors qu'il existait une réduction des consultations médicales et de la consommation de médicaments. Malgré tout, la polymédication, le recours aux urgences et les hospita-

lisations évitables n'ont pas été modifiés. Les auteurs soulignent que les PPS seraient plus efficaces s'ils intégraient des passerelles avec les établissements de santé.

Il faut noter que cette étude n'est pas de caractère médico-économique, et manque de données sociales. Elle a l'avantage de rappeler, ce qui est écrit (page 18) dans le rapport du Haut conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) de 2012 qui a créé la notion de parcours de santé : « C'est dans ce sens que l'on peut dire – par métaphore physiologique – que l'hôpital agit comme un « cœur » dans le système (1) » d'un parcours de santé. En effet tout parcours a recours à un hôpital dans ses phases critiques. Ceci rappelle aussi qu'une politique de maintien à domicile ou de parcours de santé, et tout dispositif de coordination sur un territoire qui ne prendrait pas en compte l'établissement de santé de son territoire se condamne à l'inefficacité.

1 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-annuel-2012-du-hcaam> (p 18).



BEDSIDE MENTAL STATUS AND OUTCOME IN ELDERLY PATIENTS ADMITTED FOR ACUTE CORONARY SYNDROMES

Briet C, Blanchart K, Lemaître A, Roux I, Lavergne K, Rocamora A, Bignon M, Ardouin P, Sabatier R, Roule V, Beygui F. *Heart*. 2019;105:1635-1641.

Le statut cognitif et la présence d'une confusion mentale ont été évalués par de simples tests chez des patients âgés (≥ 75 ans) admis pour un syndrome coronarien aigu (SCA).

Sur les 600 patients consécutifs, 172 patients (29%) dont 25,5% d'altération cognitive et 3,2 % de confusion mentale ont été inclus. Il existait une association significative entre l'atteinte mentale et la mortalité sur un an (HR : 2,4 [1,53-3,62] ; $p < 0,001$), indépendamment des autres covariables. L'atteinte mentale était également associée à la mortalité hospitalière et à des réhospitalisations toutes causes confondues et cardiovasculaires dans les 3 mois. L'atteinte mentale détectée des patients de 75 ans et plus, admis pour un SCA, est associée de manière indépendante à un risque accru de mortali-

té à 1 an et de ré-hospitalisation à 3 mois.

Commentaires : Une nouvelle fois le caractère péjoratif de l'altération cognitive sur la prise en soins dans une spécialité médicale est soulignée. Lorsque l'on observe la filière de prise en charge cardiologique des SCA en France, on ne peut que constater l'absence de prise en compte de ce facteur prédictif majeur, comme si la reconnaissance de ces troubles ne modifiait pas la prise en soins.

L'hôpital de demain n'aura pas le choix : soit il interdit l'admission des personnes âgées (tentation qui parfois entraîne des écarts de langage), soit la compétence gériatrique devra s'intégrer à celles des équipes de services de spécialité.

LOW HAEMOGLOBIN AT ADMISSION IS ASSOCIATED WITH MORTALITY AFTER HIP FRACTURES IN ELDERLY PATIENTS

Yombi JC, Putineanu DC, Cornu O, Lavand'homme P, Cornette P, Castanares-Zapatero D. *Bone Joint J*. 2019;101-B:1122-1128.

Une hémoglobine basse (Hb) à l'admission a été identifiée comme facteur de risque de mortalité pour les patients âgés présentant une fracture de la hanche, mais les résultats restent contradictoires.

Tous les patients consécutifs admis pour une fracture de la hanche opérés dans un hôpital tertiaire entre 2012 et 2016 ont été analysés de manière prospective. Le critère de jugement principal était la mortalité à 30 jours, 90 jours, 180 jours et un an après la chirurgie.

L'étude incluait 829 patients (81 ± 11 ans). La mortalité à 30 jours, 90 jours, 180 jours et un an était respectivement de 5,7%, 12,3%, 18,1% et 23,5%. La mortalité la plus élevée a été observée chez les patients âgés de plus de 80 ans (162/557, 29%) et chez les hommes (85/267, 32%). La survie à 90 jours, 180 jours et un an après la chirurgie était significativement plus basse chez

les patients présentant un taux d'Hb inférieur à 120 g/l à l'admission. En analyse multivariée, un taux d'Hb inférieur à 120 g/l à l'admission s'est révélé être un facteur indépendant de mortalité (aHR : 1,68 [IC 95% : 1,22-2,31] ; $p = 0,001$), ainsi que l'âge, le sexe masculin et le besoin de transfusions.

Ces résultats suggèrent qu'une Hb basse à l'admission correspondant à la définition de l'anémie, est significativement associée à la mortalité à court et à long terme après une chirurgie pour fracture de la hanche, indépendamment des facteurs de comorbidité.

Il s'agit d'une étude d'association statistique et non d'une relation de causalité. Les pathologies responsables de la diminution de l'hémoglobine interviennent probablement en plus de la diminution de la disponibilité de l'oxygène au tissu du fait de la baisse de l'hémoglobinémie.



NET CLINICAL BENEFIT OF ORAL ANTICOAGULATION AMONG OLDER ADULTS WITH ATRIAL FIBRILLATION.

Shah SJ, Singer DE, Fang MC, Reynolds K, Go AS, Eckman MH. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2019;12:e006212. Published online 11 November 2019.

Une étude récente analyse le bénéfice d'un traitement anticoagulant, sur le bénéfice de vie en fonction de l'âge.

En effet, les études d'intervention sur l'usage des anticoagulants à titre préventif d'un événement thrombotique prennent en considération le bénéfice au cours de la période d'étude, mais les comorbidités entraînent une mortalité concurrente qui s'accroît avec le temps d'exposition. Or s'occuper de personnes âgées, c'est toujours entrer dans une relation avec un temps dont le déroulement est un facteur d'aggravation de toutes les complications potentielles. L'étude examine des données portant sur 14 946 patients atteints d'une FA, âgés d'au moins 75 ans, afin de déterminer l'association

entre l'âge et le bénéfice clinique net (BCN) de l'anticoagulation. Les chercheurs ont défini le bénéfice de vie cliniquement significatif net minimal comme étant de 0,10 année de vie ajustée sur la qualité (Quality-Adjusted Life Year, QALY) de vie.

Le résultat principal de cette étude est que le BCN est maintenu jusqu'à un âge de 87 ans pour la warfarine et jusqu'à 92 ans pour l'apixaban. D'une certaine manière, cette étude confirme le bénéfice à préférer les AOD plutôt que les AVK chez les personnes âgées (sous condition de fonction rénale correcte), mais pose la question de l'âge à partir duquel la relation risque/bénéfice doit être posée de manière claire lors d'une discussion d'initiation d'un traitement anticoagulant.

LIVRE



LES GRATITUDES, DELPHINE DE VIGAN

Eds Lattes, 2019, 192 p

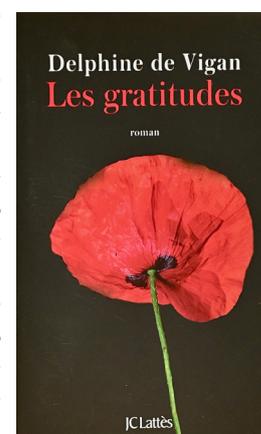
On affirme l'idée que l'art exprime un ineffable qui échapperait à notre langage ordinaire (1). Et même que « L'art n'a pas seulement à faire, comme la science, avec la raison ; il s'adresse à l'essence du plus intime de l'Homme » (2). Le dernier livre de Delphine de Vigan en est une sorte d'illustration.

Il s'agit d'un entretien singulier au sein d'un EHPAD. Littérature qui prend par endroit l'allure d'une exploration puisque tous les symptômes que présente Michka, l'héroïne, sont décrits avec soin. Michka présente un trouble du langage qui lui fait remplacer un mot par un autre à consonances voisines (aphasie lexicale) ; et, plus rarement, par un synonyme lointain (aphasie sémantique). Mais, sa capacité de jugement, son af-

fectivité et son expression ainsi que sa compréhension de l'interlocutrice, ne sont pas atténuées. Le tableau clinique fait penser à une aphasie primaire progressive. Il s'y ajoute une sorte d'amnésie antérograde, assez sélective, pour les événements du quotidien ; sur fond d'une mémoire fidèle pour le traumatisme de sa vie : la perte de sa famille juive déportée dans les camps de la mort. L'auteur est une jeune amie, mais aussi, l'enfant que Michka n'a jamais eue, petite voisine dans l'enfance qui venait se réfugier, lorsque sa mère était en déshérence, sorte d'orpheline par les circonstances de la vie.

L'auteur vient rendre visite, car Michka reste un point de repère, alors que sa vie de jeune femme, est chahutée par les questions

qui agitent le temps initiatique de l'âge adulte. Entre le quotidien de l'EHPAD, les confusions oniriques entre l'autorité supposée de la directrice et les souvenirs terrorisés des policiers des temps obscurs, et enfin les mesquineries des autres résidents, le récit nous permet de saisir la fragilité de l'instant, dans sa constance mémorielle. Une vraie initiation à comprendre certains résidents qui, à la fois, nous dérangent dans la rationalité de l'exercice, et nous passionnent dans l'inaltérable permanence du récit de vie.



1 Wittgenstein L. *Tractatus logico-philosophicus*, Gallimard, 2001, 121 p.

2 Schopenhauer A. *Parerga et Paralipomena*, édition de Jean-Pierre Jackson



UN NOUVEL ESPOIR DANS LE TRAITEMENT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

A lors que toutes les études sont négatives dans le traitement de la maladie d'Alzheimer depuis plus de 15 ans, un événement exceptionnel est survenu au sein du laboratoire Biogen®. Lors du dernier numéro du GêrontObservatoire, nous interrogeons la nécessité à poursuivre des études ayant pour cible les dépôts amyloïdes. Cette réflexion était liée aux derniers échecs rapportés des études sur les anticorps. L'aducanumab est un anticorps humain qui cible sélectivement les formes agrégées de A β y compris les oligomères

solubles et les fibrilles insolubles. Il a été étudié en phase III pour sa capacité à dissoudre les agrégats de protéines amyloïdes dans deux études (Emerge, Engage) qui ont été arrêtées de manière anticipée car considérées comme des échecs. Or en analysant les résultats de ces études, il s'avère que le sous groupe de patients ayant reçu de fortes doses (10 mg), montre une réduction de leur déclin cognitif avec une différence de l'ordre de 28 % par rapport au groupe contrôle. En fait entre les premières analyses négatives et l'arrêt de l'étude, le protocole

s'est poursuivi, avec l'augmentation prévues des doses. Ce qui explique que ces données sont apparues tardivement. Les essais cliniques interrompus redémarrent et Biogen affiche son intention de déposer un dossier d'enregistrement sur le marché américain début 2020.

Cette annonce ne démontre pas que ces résultats vont être confirmés, mais ces résultats sont suffisamment probants pour que l'étude reprenne et que se pose la possibilité de poursuivre les études sur l'hypothèse amyloïde. Si cet espoir est ténu, il n'en est pas moins réel et rare.

AGENDA



CALENDRIER DES MANIFESTATIONS GÉRONTOLOGIQUES ET GÉRIATRIQUES

9 - 10 MARS 2020

8ème Congrès Francophone, Fragilité du Sujet Âgé Le Vieillessement en Santé Prévention de la Perte d'Autonomie à Toulouse.

Conférence internationale de la recherche sur la fragilité et la sarcopénie.

1 - 2 AVRIL 2020

5ème Congrès CNMC (Congrès National des Médecins Coordonnateurs) à Montpellier.

28 MAI 2020

T2E Congress (Congrès sur le traumatisme et de la médecine d'urgence de la personne âgée) à Paris.

7 OCTOBRE 2020

16ème Congrès Européen EUGMS à Athènes.

IPRADE.COM, plateforme dédiée aux professionnels des métiers du Grand Âge

L'IPRADE s'est engagé depuis novembre 2019 dans la construction d'un site internet d'information et de formation dédié aux professionnels des métiers du Grand Âge. À mi-chemin entre la formation en présentiel et la formation en ligne, la plateforme de l'IPRADE facilitera l'accès aux professionnels des métiers du Grand Âge aux actualités, à des articles scientifiques et aux supports pédagogiques produits par l'IPRADE.

Les soignants y retrouveront notamment un agenda avec les événements du secteur et également un accès aux capsules sur les fondamentaux de la gériatrie, la nutrition de la personne âgée ou bien les escarres.

Le site avec sa plateforme de formation e-learning sera mis en ligne au premier trimestre 2020.



Julien PRIM

Directeur Médical et Qualité
groupe LNA Santé

AVEC LE SOUTIEN



MÉCÈNE IPRADE



ÉDITEUR



Créé en 2016, l'Iprade a pour mission de développer des actions de recherche et de formation pour soutenir et valoriser le travail des professionnels en Gériatrie dans un partenariat de LNA Santé et le Gérontopôle des Pays de la Loire.

L'institut propose aujourd'hui une formation e-learning complémentaire à la gérontologie, dispensée par des praticiens hospitaliers et des experts du Gérontopôle, pour les médecins coordonnateurs. Cette formation donne lieu à une attestation officielle. L'Iprade travaille également pour la recherche sur le vieillissement et la gériatrie, en étroite collaboration avec le Gérontopôle des Pays de la Loire.

GÉRONTOOBSERVATOIRE

le journal de la longévité

Réalisation.

Gérontopôle Autonomie Longévité des Pays de la Loire.
8 rue Arthur III 44200 Nantes
Tél. : +33 (0)9 75 12 11 20
contact@gerontopole-paysdelaloire.fr
www.gerontopole-paysdelaloire.fr

Rédacteur en chef.
Professeur Gilles Berrut

Coordonnateur.
Thomas Bronquard

Création graphique.
Massimo Feltrin

Équipe de rédaction.

Delphine Piolet
Élisabeth Artaud
Julien Prim
Solenn Le Bruchec
Valerie Bernat