GÉRONTOBSERVATOIRE
LE JOURNAL DE LA LONGÉVITÉ

SEMESTRIELLE DU GÉRONTOBSERVATOIRE N°1 | 1ER SEMESTRE 2019

Le GérontObservatoire : un nouvel outil de formation et d'information du Département Recherche du Gérontopôle des Pays de la Loire

La transition démographique ouvre un nouveau champ de connaissances dont nous découvrons progressivement toute l'amplitude et les spécificités. C'est pourquoi le Gérontopôle Autonomie Longévité des Pays de la Loire, associé à l'Institut de Prévoyance, Age & Développement (IPRADE) soutenu par le groupe LNA Santé, a décidé de créer une lettre d'information sur les innovations et les prospectives de recherches et de développements dans le champ de la longévité et du vieillissement : le GérontObservatoire.
Cette publication d'information et de formation sera également l'organe de diffusion du nouveau Département Recherche du Gérontopôle, que j'aurai l'honneur de diriger, en appui du Département Services qui agit pour la formation, les territoires et la silver-économie.
L'IPRADE est un institut qui vise à innover pour la formation, la recherche et la valorisation des professionnels du secteur de la gériatrie et de la gérontologie.
La formation est une quête permanente qui impose des médiations facilitant sa réalisation au plus proche de son lieu de travail et de vie : les modules en e-learning en seront un des instruments à disposition de tous. De même, les recherches clinique et technologique intéressent tous les professionnels et peuvent être pour chacun d'eux une occasion de repenser sa pratique dans des domaines très différents. Le faire-savoir de ces approches est un outil de la valorisation de chaque professionnel quelle que soit sa place dans l'équipe.
Telle est l'ambition de l'IPRADE !

Professeur Gilles BERRUT
Présidents du conseil scientifique de l'IPRADE
Responsable Scientifique du Gérontopôle des Pays de la Loire

LES EHPAD À LA CROISÉE DES CHEMINS

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes s'invitent une nouvelle fois dans l'actualité depuis ces derniers mois. Prenant en compte les difficultés de nombreux établissement à assurer des soins de qualité, et l'absence des EHPAD dans la précédente loi dite « Adaptation de la Société au Vieillissement » votée en décembre 2015, il a été décidé de promulguer une nouvelle loi qui pour l'instant s'intitulerait « Grand Age et Autonomie ». Ces établissements ont été créés par une loi de 1999, dans le prolongement de la prestation spécifique dépendance de 1997, mettant au cœur de la prise en charge des personnes âgées le concept de dépendance. Ce dernier vise à mettre en évidence les difficultés d'une personne âgée à subvenir aux activités de vie quotidienne. Malheureusement, le discours omniprésent de la dépendance pour parler des personnes âgées s'est imposé également aux soignants dans leur prise en soin. Progressivement nous avons vu les soignants décrire la situation du résident à travers sa dépendance.

Mais, initialement à la fin des années 90, la dépendance était considérée comme une marque du vieillissement, une sorte d'évolution inexorable comme celle du temps. Maintenant il est acquis que la très grande majorité des personnes qui demandent l'allocation personnalisée autonomie ont avant tout des troubles cognitifs. Aujourd'hui on entre en établissement à cause du retentissement des troubles de la cognition. Cette affirmation a pour conséquence que les soignants ne sont pas là uniquement afin de pourvoir à la dépendance, mais ils doivent être également des accompagnants des troubles cognitifs. Le soignant doit maintenant concevoir son travail comme celui d'un coach qui stimule et favorise par son intervention de type cognitive, le maintien des capacités restantes.

Ainsi, chaque professionnel qui travaille en EHPAD auprès de personnes âgées, est invité à redécouvrir son métier, et ainsi améliorer la condition de vie du résident, tout en améliorant son ressenti de la qualité de vie au travail.

G.B

INTÉRÊT DES BIG DATA DANS LA RECHERCHE SUR LE VIEILLISSEMENT

Les mégadonnées ou big data sont décrites comme des « données structurées ou non dont le très grand volume requiert des outils d'analyse adaptés » [1]. On estime que l'activité autour des mégadonnées devrait représenter 8 % du PIB européen d'ici 2020 [2]. Cette technique permet d'étudier de grands phénomènes qui jusqu'alors demandaient des études longues, longitudinales, coûteuses et donc rares [3].

Dans le domaine du vieillissement : cette méthode d'étude avec un très grand nombre de données autorise l'observation de phénomène avec estimation en fonction du temps. Le vieillissement par sa complexité et ses multiples déterminants est peu compatible avec les repères épistémologiques d'une discipline et impose une approche d'emblée transdisciplinaire [4]. Les mégadonnées prennent en compte la totalité d'une réalité et en discernent les relations de cause à effet, sans qu'il soit nécessaire, ce qui est nouveau, de construire l'hypothèse a priori. Par contre l'hypothèse d'étude restera évidemment nécessaire avant le traitement des données [5]. Une des voies d'études qui porte le plus d'espoir dans le domaine des recherches fondamentales sur le vieillissement, est la capacité à mieux apprécier l'influence de certains profils génétiques sur les modèles de vieillissement au sein de larges populations, qui jusqu'alors n'étaient pas discernables lorsque la recherche portait sur des cohortes et des bases de données de taille plus faible [6].
Mais la vraie nouveauté avec les mégadonnées est la capacité d'étudier des déterminants du vieillissement à l'échelle d'une vie entière. Les gériatres et les chercheurs sur le vieillissement ont rapidement perçu les biais majeurs liés à la comparaison d'individus de générations différentes, dénommés biais d'effet cohorte, pour étudier le vieillissement. Par exemple, le fait d'affirmer sur de telles études transversales que la taille diminuait avec l'âge était erroné car les différentes générations n'avaient pas eu les mêmes conditions d'alimentation, d'accès au sport ou d'éducation dans leur enfance et au cours de leur développement. Ainsi chaque génération appartient en quelque sorte à une cohorte différente, et leur comparaison, analyse plus les différences entre cohortes que celles dues à l'avancée en âge. Les mégadonnées par contre pourraient, à l'aide d'un recueil large, réunir des informations sur un grand nombre de déterminants sur des sujets de différents pays et ethnies [7] et en quelque sorte reconstituer des trajectoires de vie. Ces études pourront développer également des trajectoires de dépenses de soins au long de la vie [8]. Ainsi pour la première fois, nous pourrons observer l'évolution au cours de la vie [9]. Il faudra évidemment harmoniser la structure des modalités de recueils des déterminants de santé, de même pour les pratiques de traitement de données, et surtout permettre un financement de la recherche sur de longues durées bien au-delà des quelques années couvertes par la plupart des offres actuelles [10,11].

Ainsi les mégadonnées ouvrent un nouveau chapitre de la manière de construire la recherche en général, et en particulier l'étude du vieillissement, en nous introduisant réellement dans les dimensions longitudinale et multifactorielle de la longévité humaine.

G.B

[1] *Commission générale des terminologies et des néologies. Journal officiel 22 août 2014 : texte 86 : NOR : CTNX1419323X*
[2] *Espinasse B, Bellot P. Introduction au big data – opportunités, stockage et analyse des mégadonnées. Techniques de l'ingénieur 2016 ; H6 040 : 1-11*
[3] *Berrut G. Big data and longevity. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2019;17:5-6.*
[4] *Kour S, Rath PC. Long noncoding RNAs in aging and age-related diseases. Aging Res Rev 2016; 26: 1-21.*
[5] *Callaghan CW. Developing the Transdisciplinary Aging Research Agenda: New Developments in Big Data. Current Aging Science 2018, 11, 33-44*
[6] *Dumbill E. An interview with Aubrey de Grey. Big data 2013. DOI: 10.1089/big.2013.0030*
[7] *Mamoshina P,Kochetov K, Putin E, Cortese F, Aliper A, Lee WS, Ahn SM, Uhn L, Skjodt N, Kovalchuk O, Scheibye-Knudsen M, Zhavoronkov A. Population Specific Biomarkers of Human Aging: A Big Data Study Using South Korean, Canadian, and Eastern European Patient Populations. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2018;73:1482-1490.*
[8] *Wang C, Li F, Wang L, Zhou W, Zhu B, Zhang X, Ding L, He Z, Song P, Jin C. The impact of population aging on medical expenses: A big data study based on the life table. Biosci Trends 2018;11:619-631.*
[9] *Fedichev PO. Hacking Aging: A Strategy to Use Big Data from Medical Studies to Extend Human Life. Frontiers in genetics. 2018 ;9 :483.*
[10] *Khachaturian AS, Meranus DH, Kukull WA, Khachaturian ZS. Big data, aging, and dementia: pathways for international harmonization on data sharing. Alzheimers Dement 2013;9(5 Suppl):S61-2.*
[11] *Song P, Chen Y. Public policy response, aging in place, and big data platforms: Creating an effective collaborative system to cope with aging of the population. Biosci Trends 2015;9:1-6.*

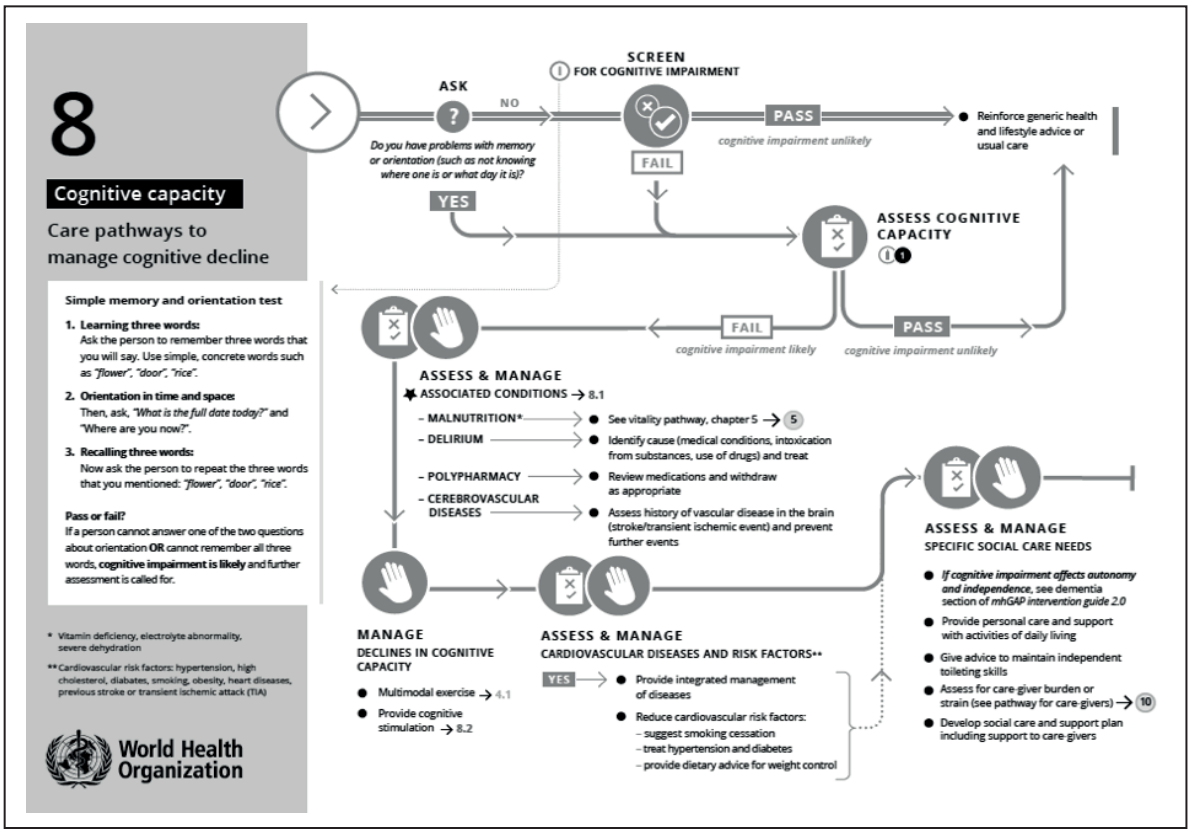
ICOPE DE QUOI S'AGIT-IL ?

Les systèmes de soins de santé doivent servir toutes les personnes, à tout âge, en vue de ne laisser personne de côté. les soins intégrés pour les personnes âgées (Integrated Care for Older People (ICOPE)) visent à soutenir les États membres de l'Organisation Mondiale de la Santé à mettre en place des services de soins de santé et de longue durée davantage intégrés et centrés sur toute personne et à tout âge. Ces normes peuvent inspirer l'élaboration de directives au niveau national dans ce domaine, et encourager l'inclusion des soins de santé pour personnes âgées dans les programmes de soins de santé primaires moyennant l'adoption d'une approche intégrée et centrée sur la personne. Les lignes directrices ICOPE plaident également en faveur d'un investissement accru dans la couverture sanitaire universelle afin d'améliorer les résultats de santé au sein de la population âgée. Elles recommandent que le régime de prestations de base intègre les interventions sur le vieillissement en bonne santé afin de parvenir à la couverture sanitaire universelle.

L'OMS définit la Capacité Intrinsèque (IC) comme étant la combinaison des capacités physique et mentale d'un individu et la Capacité fonctionnelle (FA) comme étant la combinaison et l'interaction entre la Capacité intrinsèque et l'environnement dans lequel évolue une personne. L'OMS a identifié cinq domaines de Capacité intrinsèque : Mobilité, Cognition, Vitalité, Psychologique, Sensorielle (vision et audition). Parce que "Vieillir en bonne santé" dépend des Capacités intrinsèques de chaque individu, de son environnement et de leur interaction, la prise en compte de l'IC permettrait d'élaborer des interventions visant à améliorer la santé de chacun. L'impossibilité de réaliser les gestes élémentaires de la vie quotidienne (ADL-Activities of Daily Living) sans l'assistance d'autrui peut être le résultat d'une perte importante de ces Capacités intrinsèques. L'approche globale de l'OMS concernant sa stratégie du «Vieillir en bonne santé» montre que cette période de perte de capacité significative durant la vieillesse est souvent précédée par un déclin précoce.

Pour les 5 domaines, le programme décrit les méthodes d'évaluation et de conduite d'actions de correction.

Exemple de démarche pour les fonctions cognitives



In Guidance on comprehensive assessment and care pathways

INTERVIEW

Audrey Bockelee A.B

Audrey Bockelee est initialement Infirmière Diplômée d'Etat. Elle a intégré le groupe LNA santé en 2009 en tant qu'infirmière coordinatrice. Elle est passée formatrice au sein du groupe en 2010. Par la suite, elle a suivi une formation pour devenir, en 2013, directrice d'EHPAD. Elle est depuis directrice de la résidence Villa Amélie. Depuis la fin de l'année dernière, elle passe une partie de son temps de travail au siège de LNA. Elle a pour mission de travailler sur l'Accompagnement des Personnes Atteintes de Maladies Neuro-Evolutives (projet APAMNE).

Luca Celli L.C

D'origine italienne, Luca Celli est initialement ergothérapeute et formé à plusieurs techniques comme l'analyse transactionnelle, la programmation neurolinguistique ou encore l'hypnose. Il a longtemps enseigné l'ergothérapie en Italie tout en contribuant à y développer cette filière à l'université. Il a intégré le groupe LNA en 2015 en tant qu'ergothérapeute. Son envie d'évoluer et de faire évoluer l'accompagnement des personnes âgées l'ont conduit, depuis fin de l'année dernière, à travailler à temps plein au siège de LNA dans l'ingénierie de formation.

L'ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS EN EHPAD

Nous vous proposons de découvrir, chez ces deux personnes bienveillantes et rigoureuses dans l'exercice de leurs fonctions, les moments forts de leur interview qui mettent en évidence, sur des mêmes questions, des perceptions similaires et complémentaires de l'accompagnement des résidents en EHPAD.

Dans la prise en charge des résidents en EHPAD, quels objectifs vous donnez-vous à titre personnel ?

A.B Alors, en tant que directrice, mon objectif est de donner à mon équipe les moyens et les outils pour qu'ils puissent accompagner les résidents conformément à leurs attentes. Je suis très à cheval sur la liberté d'expression, sur le droit au risque, sur le fait que le résident soit le maître de ses décisions tant qu'il le peut et quel que soit son degré d'autonomie physique ou psychique. Accepter le refus du soin alors que l'on pense qu'il y aurait besoin pour le résident, prendre le risque de la chute parce que le résident exprime le besoin de déambuler, prendre le risque de l'errance quand le résident a besoin de voir l'extérieur, c'est vraiment quelque chose qui m'anime et à chaque entrée de résident, je prends du temps avec la famille pour sensibiliser. Nous passons le message suivant : « si vous cherchez un établissement avec une sécurité à 100 %, sans chute, ne venez pas dans notre établissement parce que le risque n'existe pas mais, si vous cherchez un établissement où votre parent sera digne et non attaché jusqu'au bout, nous pourrons travailler ensemble. »

L.C Il est indispensable de prioriser la relation avec le résident et de réfléchir sur sa qualité de vie en EHPAD. En tant qu'ergothérapeute cette attention se concrétise, par exemple, dans l'amélioration de la posture pendant les ateliers et tout au long des actes de vie quotidienne (les repas, les déplacements, l'habillage et la toilette, le sommeil, etc.). En équipe pluridisciplinaire, nous établissons des priorités de travail pour chaque résident en formulant un projet personnalisé sur la base des objectifs réfléchis avec la personne et sa famille. Nous sommes attentifs à la qualité de vie de la personne à chaque moment et jusqu'à la fin pour un accompagnement bienveillant.

Actuellement, à quels besoins relatifs au style de vie des résidents, ou des équipes soignantes, l'EHPAD vous semble-t-il répondre avec satisfaction ?

A.B Alors, je pense que c'est le savoir-être des équipes, la compétence des équipes. Plus les années passent, plus on arrive à apporter des formations et des outils aux équipes. Je pense qu'aujourd'hui la relation est vraiment au cœur de l'accompagnement … Et du coup, l'attention à l'autre, je pense qu'aujourd'hui c'est le vrai cœur du métier et du sujet pour beaucoup de soignants.

L.C Je pense que la mission des EHPADs est d'accompagner la personne dans une phase délicate de vie, une phase qui fait partie d'un cycle naturel. Et je pense qu'il est important de respecter, dans la mesure du possible, chaque souhait de la personne, même le choix « de ne rien faire » [en faisant référence aux choix de certains résidents]…

La vraie question : « qu'est-ce qui peut faire du bien à cette personne à ce moment particulier de la maladie et à ce moment de sa vie ? ». Chez LNA, il y a vraiment une attention, une recherche de vouloir bien faire les choses pour les résidents. Il y a vraiment un travail de recherche pour le respect et la valorisation de la personne accueillie … Comment nous faisons ça ? A travers une réflexion permanente et structurée de la bienveillance, de la bientraitance et de la symétrie des attentions [l'attention portée aux résidents/familles et au personnel].

Avez-vous relevé personnellement, ou, avez-vous relevé auprès des résidents ou des soignants, des besoins non encore satisfaits en EHPAD relatifs au style de vie des résidents ou des équipes soignantes ?

A.B Oui il y en a plein… Aujourd'hui, on accompagne des résidents qui ont des troubles de plus en plus importants … Nous avons des résidents qui ont des besoins de plus en plus importants du fait de l'évolution de la maladie, les personnes vivent de plus en plus longtemps, rentrent de plus en plus tard dans nos établissements. Sauf que les ratios de personnel qui ont été mis en face n'ont pas évolué avec l'augmentation des besoins d'accompagnement des personnes. Dans notre établissement, nous entendons fréquemment des résidents : « les équipes sont géniales, les filles font du mieux qu'elles peuvent et vous avez des équipes qui sont aux petits soins et charmantes mais si vous étiez deux de plus. » … Puis après, nous sommes aussi aujourd'hui victimes des difficultés de recrutement des territoires, c'est compliqué de recruter des salariés mais aussi d'avoir des médecins traitants qui sont disponibles sur le territoire.

L.C C'est le manque de temps. La collectivité en EHPAD impose de respecter un rythme et une organisation précise. Cela ne permet pas d'avoir assez de temps pour s'adapter aux temps de la personne âgée qui a un rythme biologique différent du nôtre. La personne âgée, le résident est demandeur d'un temps consacré et particulier : s'assoir chez elle, discuter avec elle ou simplement lui donner une présence chaleureuse nécessite un temps et un disponibilité mentale. Souvent le soignant vit cette contradiction, cette frustration, de dire : « voilà je voudrais donner du temps en plus à la personne pour l'écouter ou parce que je sens que ce jour-là elle a besoin de plus de temps…de plus d'écoute. Mais je n'ai pas assez de temps parce qu'après il y a une autre personne qui m'attend. Donc, si je prends 5 minutes de plus vis-à-vis de cette personne, je dois en enlever à une autre personne » …On ne se sera jamais assez parce que la personne demande une ration unique, elle demande une présence constante sur la journée ! Ce sont des personnes qui ne veulent pas être seules.

Quels symptômes cliniques vous semblent très difficiles à prendre en charge par les équipes soignantes ?

A.B Tout ce qui va être problèmes plutôt physiques, fonctionnels, nous sommes aujourd'hui quasiment à 90 % dans la capacité de répondre à ces besoins-là … C'est un métier de la relation… Ce qui est le plus difficile pour les équipes, c'est de ne pas réussir à apporter de la sérénité, à voir quelqu'un qui soit en souffrance physique ou psychologique. Dans les troubles du comportement, nous savons que c'est une manifestation de quelque chose qui ne va pas pour les résidents que ça soit somatique ou psychique. Mais de ne pas réussir à palper ça et de pas réussir à soulager, à apaiser et à accompagner ça, c'est ça le plus difficile.

L.C Capter [en faisant référence à la survenue d'un trouble du comportement] derrière le trouble, capter le vrai besoin du moment de la personne.

Pour quelles raisons, ou, pour répondre à quels besoins, les prises en charge non-médicamenteuses pourraient-elles vous paraitre intéressante/inintéressante en EHPAD pour les résidents ou pour les équipes soignantes ?

A.B Nous sommes unanimes pour dire que cela apporte au résident, une meilleure relation entre les résidents et les équipes. Mais, on n'a pas la capacité aujourd'hui de le démontrer scientifiquement. Pour moi, il n'y a rien d'inintéressant à partir du moment où cela apporte quelque chose au résident … A partir du moment où l'on a apporté du mieux-être à une personne, ça a de la valeur.

L.C A chaque trouble, à chaque besoin, il y a une thérapie qui peut être tentée. Pour cela il faudrait généraliser les thérapies non-médicamenteuses pour détourner les troubles du comportement, une angoisse ou un moment d'agressivité. Ça peut être une activité « flash », par exemple, pour détourner l'attention vers autre chose sans besoin d'avoir une thérapie médicale. Je pense qu'il faut bien réfléchir aux finalités avant de proposer une thérapie non-médicamenteuse et prévenir les effets secondaires. Une thérapie non-médicamenteuse nécessite une méthodologie définie … C'est important de connaitre le danger d'une thérapie non-médicamenteuse. On a tendance à dire : « oui c'est une thérapie qui ne fait pas du mal, ce n'est pas dangereux », au contraire, si l'action n'est pas maitrisée, le risque est d'augmenter le stress ou de causer une angoisse supplémentaire.

Merci infiniment à Audrey Bockelee et Luca Celli pour ces réponses relatives à l'accompagnement des résidents en EHPAD.

ÉTUDE BIBLIOGRAPHIQUE

LES TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX DES ATTEINTES COGNITIVES MAJEURES

La maladie d'Alzheimer et les autres maladies neuro dégénératives représentent les principales causes de dépendance à côté des atteintes cérébro-vasculaires. Leur prévalence dans la population générale ne cesse de croître. Pour des raisons, à la fois, démographiques, de modification des habitats, des modes de vie familiale et de l'allongement de la survie avec des comorbidités, les résidents des EHPAD présentent une atteinte cognitive dans une proportion croissante. Ceci tend à imposer qu'à côté du projet de lieu de vie, on doit inscrire un projet de soins, à la fois technique et personnalisé, au regard de la réponse aux troubles cognitifs. Parmi les conséquences de ces troubles cognitifs, les troubles du comportement représentent un enjeu majeur aussi bien de qualité de vie des résidents que de charge de travail des soignants. Classiquement et dans les lieux à faible expertise gériatrique, ces troubles sont traités par des psychotropes à fort effet anticholinergique de manière quasi exclusive. Or ces traitements sont responsables de nombreux effets indésirables graves (confusion, rétention urinaire, anorexie, hypotension orthostatique et chute). Par ailleurs lorsque les troubles cognitifs prédominent sur les fonctions exécutives, une partie importante de la prise en charge relève de pratiques soignantes et d'activités non médicamenteuses qui visent à améliorer le pronostic fonctionnel et la qualité de vie. Dans ce cas, les traitements non médicamenteux sont prônés comme un objectif de soins de l'ensemble de l'équipe, même s'ils sont appliqués de manière personnalisée pour chaque résident. Ainsi, il est maintenant usuel d'afficher la nécessité des traitements non médicamenteux comme une méthode idéale, pour, d'une part, réduire les accidents iatrogènes, et, d'autre part, mobiliser les équipes vers l'innovation et la personnalisation des aides et des soins.

Mais quel est le niveau de preuve de ces traitements ? Quels sont les démarches médicamenteuses qui ont prouvé leur efficacité ? Sur quels signes ou champs d'autonomie agissent-ils ?

Cela nécessitera une recherche non seulement bibliographique de l'état des lieux mais la conduite volontariste d'une thématique de recherche dans la durée. C'est un des axes fort de la relation entre l'IPRADE et le Gérontopole dans ce champ.

IPRADE FORMATION

UNE FORMATION EN E-LEARNING POUR LES NOUVEAUX MÉDECINS COORDONNATEURS

Une formation à la gériatrie sera proposée dès 2019 aux nouveaux médecins coordonnateurs. Il s'agit d'un enseignement présenté par le Professeur Gilles Berrut portant sur les aspects essentiels de la médecine gériatrique pour des résidents d'EHPAD. Ce tour d'horizon permet de rappeler les éléments essentiels sur les principaux aspects de la pratique médicale en EHPAD : des aspects généraux du vieillissement mais également la nutrition, la prévention des infections, les traitements médicamenteux et non médicamenteux, les troubles de la mémoire et les troubles du comportement ainsi que des éléments sur l'animation médicale des équipes. Cet enseignement sera contrôlé dans un premier temps par 20 questions simples qui, en cas de 12 réponses correctes ou plus, autoriseront à valider l'enseignement. Accès aux modules de formation : à venir sur le site www.iprade.com

G.B

INED les derniers chiffres de l'espérance de vie en France

En 2017, l'espérance de vie à la naissance est estimée à 79,4 ans pour les hommes et 85,2 ans pour les femmes selon les chiffres provisoires de l'Insee (France entière), soit une augmentation de 0,1 an pour les hommes et un recul de 0,1 an pour les femmes par rapport à l'année précédente. Cette évolution défavorable de la mortalité féminine est due à l'augmentation rapide du nombre de décès par cancer du poumon, contrairement à ce qui est observé chez les hommes, et à l'absence de progrès dans la lutte contre le cancer de l'utérus.

LES OUTILS ET INNOVATIONS POUR LES RÉSIDENTS ET LES PROFESSIONNELS

Cycléo, « un vélo d'aujourd'hui pour mieux vieillir demain »

Cycléo est « un simulateur de balades virtuelles ». C'est un vélo d'appartement, auquel s'ajoute un dispositif vidéoludique projetable sur un écran. L'utilisateur se promène dans des environnements virtuels (campagne, village, bord de mer, rivière) avec les mêmes artifices qu'un vélo classique : les pédales, le guidon et les freins. Cycléo a été développé par Cottos médical®, jeune société industrielle en Pays de la Loire, créée par 5 fondateurs, et dont Benjamin Cosse est le président fondateur. Ce simulateur a été conçu spécifiquement pour les personnes âgées en établissements d'hébergement. Le but est de stimuler les personnes âgées, par une activité en intérieur, sécurisée et combinant stimulations physiques et cognitives, favorisant l'expérience d'émotions positives et le partage avec d'autres résidents.
Ce modèle d'association entre

activités physique et cognitive est fortement en cohérence avec les paradigmes des fonctions exécutives comme organisateur du geste et à l'inverse du geste comme stimulant et maintien des fonctions exécutives et, à travers elles, des fonctions instrumentales.

Un site internet est dédié à une présentation de cette technologie (écrite et vidéo), son actualité et la mise en contact avec l'entreprise.

www.cottos.fr

Kerostin, « Le Saphyr , un fauteuil roulant à la conquête des escaliers »

Kerostin est une entreprise qui propose « des solutions innovantes pour les personnes qui peinent à monter les marches » dont le siège social est à Ploemeur (56 – Morbihan). Les solutions qu'ils proposent sont des fauteuils roulants conçus pour se déplacer aussi dans les escaliers. Deux modèles sont proposés, le fauteuil manuel « le Ruby » davantage conçu pour l'extérieur et le fauteuil « le Saphyr », plutôt conçu pour l'intérieur. « Le Saphyr » peut présenter, il nous semble, un intérêt pour les EHPAD. Ce fauteuil roulant permet de monter ou de descendre des escaliers avec un accompagnant, ainsi que de rouler sur du plat, avec une propulsion électrique. L'accompagnant pilote le fauteuil et maintient son équilibre avec un effort modéré. La facilité d'utilisation est une préoccupation des concepteurs, notamment dans son adaptabilité en fonction de la profondeur des marches à franchir (descente comme montée). Il convient de noter l'existence d'une assistance électrique pour faciliter le travail de l'accompagnant.

Le site internet est dédié à une présentation de cette technologie (écrite et en vidéo), et permet la mise en contact avec l'entreprise.

www.kerostinmobilitysolutions.com

Comportements complexes liés au sommeil dus aux hypnotiques non benzodiazépines

Des comportements complexes liés au sommeil, y compris le somnambulisme, la conduite d'un véhicule, l'alimentation et d'autres comportements qui se manifestent lorsqu'on n'est pas complètement éveillé, peuvent survenir chez les patients prenant des hypnotiques non benzodiazépiniques (zolpidem, zaleplon, eszopiclone) pour des troubles insomniaques. Dans de rares cas, des blessures graves, voire mortelles, ont été signalées, même après l'administration de faibles doses et en l'absence d'alcool ou d'autres sédatifs concomitants. En avril 2019, sur la base des rapports cumulatifs de blessures graves, la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis a émis un avertissement officiel encadré pour cette classe de médicaments liés au risque rare mais grave de comportements complexes liés au sommeil [1]. La mise en garde comprend un avis selon lequel les nonbenzodiazépines sont contre-indiquées chez les patients qui présentent un comportement complexe lié au sommeil, quelle qu'en soit la gravité, pendant la prise de ces médicaments.

1 : *FDA adds Boxed Warning for risk of serious injuries caused by sleepwalking with certain prescription insomnia medicines. FDA Drug Safety Communication, April 30, 2019.*

https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-adds-boxed-warning-risk-serious-injuries-caused-sleepwalking-certain-prescription-insomnia (Accessed on May 08, 2019).

Premier traitement au laser du glaucome à angle ouvert

L'efficacité et la rentabilité de la trabéculoplastie sélective au laser ou de la thérapie médicale pour le traitement initial du glaucome à angle ouvert ont été comparées dans un essai randomisé mené sur plus de 700 patients au Royaume-Uni [2]. Après trois ans, la qualité de vie liée à la santé était semblable pour la trabéculoplastie sélective au laser (suivie de gouttes oculaires au besoin) ou de gouttes oculaires seules, mais le traitement au laser était plus rentable. Le traitement initial du glaucome primaire à angle ouvert a traditionnellement été médical, utilisant des gouttes ophtalmiques pour diminuer la pression intraoculaire. Nous croyons que le choix entre la thérapie laser initiale et la thérapie pharmacologique se fait mieux par le biais d'une prise de décision partagée entre le patient et le médecin, fondée sur des valeurs et des préférences. (Voir "Glaucome à angle ouvert : traitement", section "Traitement au laser").

2 : *Gazzard G et al. LiGHT Trial Study Group. Selective laser trabeculoplasty versus eye drops for first-line treatment of ocular hypertension and glaucoma (LiGHT): a multicentre randomised controlled trial. Lancet. 2019;393(10180):1505-1516.*

Baisse intensive de la tension artérielle et risque de démence

L'hypertension artérielle est un facteur de risque de démence, bien que certaines études d'observation suggèrent une association entre l'hypotension artérielle et la déficience cognitive. Le développement de la démence, déterminé à l'aide d'évaluations cognitives normalisées en personne, a été évalué chez plus de 9 000 adultes hypertendus dans l'étude SPRINT (Systolic Pressure Intervention Trial) qui ont été affectés au hasard à une tension artérielle cible plus intensive (pression systolique <120 mmHg) ou moins intensive (pression systolique <140 mmHg) [3]. Après cinq ans, les taux de démence et de troubles cognitifs légers étaient légèrement inférieurs dans le groupe le plus intensif, bien que

l'effet sur le risque de démence ne soit pas statistiquement significatif. Ces résultats suggèrent que l'abaissement intensif de la pression artérielle n'augmente pas et peut réduire le risque de démence. (Voir "Tension artérielle cible chez les adultes hypertendus", section "Patients atteints d'une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse établie").

3 : *SPRINT MIND Investigators for the SPRINT Research Group, Williamson JD et al. Effect of Intensive vs Standard Blood Pressure Control on Probable Dementia: A Randomized Clinical Trial. JAMA 2019;321:553-561.*

Mise à jour des critères de Beers concernant l'utilisation potentiellement inappropriée de médicaments chez les personnes âgées

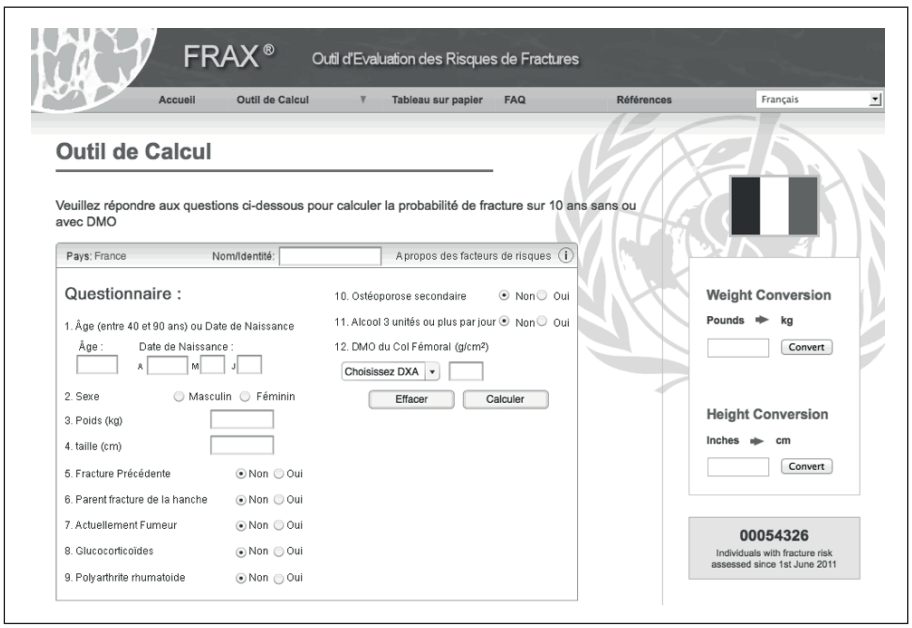
Les critères de Beers concernant l'utilisation potentiellement inappropriée de médicaments chez les personnes âgées ont récemment été mis à jour. Les critères suggèrent maintenant que les praticiens évitent l'utilisation concomitante d'opioïdes et de benzodiazépines ou de gabapentinoïdes en raison du risque accru de surdosage et d'effets indésirables liés à la sédation comme la dépression respiratoire et la mort. Une autre révision est que les praticiens doivent faire preuve de prudence dans l'utilisation de l'aspirine pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires ou du cancer colorectal chez les patients âgés de 70 ans ou plus, un changement par rapport au seuil précédent de 80 ans, en raison du risque de saignement.

4 : *By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2019;67(4):674-694.*

L'acide zolédronique pour la prévention des fractures chez les femmes ménopausées à faible densité osseuse

Bien que les bisphosphonates préviennent les fractures chez les femmes ménopausées atteintes d'ostéoporose, leur efficacité préventive chez les femmes ménopausées à faible densité osseuse (ostéopénie) est moins certaine. Dans un essai de six ans [5], mené à partir de 2000 auprès de femmes postménopausées présentant une densité osseuse totale de la hanche ou du col du fémur de -1,0 à -2,5, l'acide zolédronique (5 mg par voie intraveineuse tous les 18 mois), comparativement au soluté physiologique, a réduit le risque de fractures de fragilité. Environ 40 % des femmes présentaient un risque élevé de fracture d'après les critères d'évaluation du risque de fracture (FRAX) ou le score T de la densité osseuse de référence. Nous continuons de suggérer une thérapie pharmacologique pour le traitement des femmes ménopausées à haut risque dont le score T se situe entre -1,0 et -2,5.

5 : *Reid IR et al. Fracture Prevention with Zoledronate in Older Women with Osteopenia. N Engl J Med. 2018;379(25):2407-2416.*

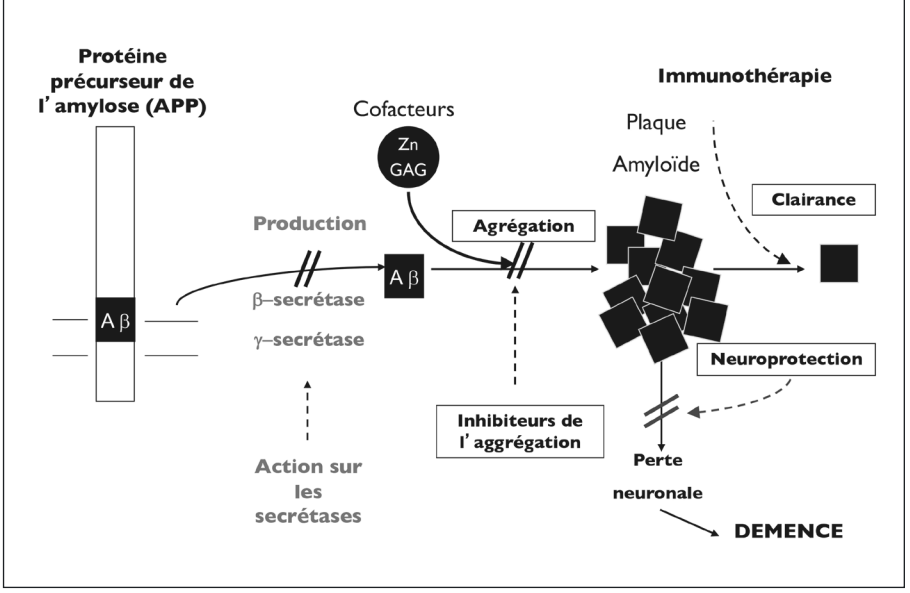


Maladie d'Alzheimer : la fin de l'hypothèse amyloïde ?

Deux essais cliniques utilisant un inhibiteur de la BACE 1 et un éditorial publié dans le New England Journal of Medicine en avril 2019 [6], viennent poser la question de la pertinence de l'hypothèse beta amyloïde comme cible thérapeutique dans la maladie d'Alzheimer.

L'intervention thérapeutique visant à réduire les taux de peptide bêta-amyloïde (Aβ) dans le cerveau pour traiter les patients atteints de la maladie d'Alzheimer repose sur un modèle conceptuel dans lequel l'accumulation de Aβ est liée au déclin cognitif. Le modèle est enraciné dans l'inséparabilité de la maladie d'Alzheimer à partir de nombreuses caractéristiques pathologiques de l'Aβ. Parmi les affirmations les plus convaincantes de ce modèle figurent des mutations impliquant Aβ et conduisant à une démence précoce avec plaques amyloïdes neuritiques et enchevêtrements neurofibrillaires. Au cours des deux dernières décennies, la stratégie d'abaissement de l'Aβ a été mise à l'épreuve lors d'essais sur des anticorps antiamyloïdes, dont aucun n'a abouti. Une approche alternative à l'utilisation d'anticorps pour réduire l'exposition du cerveau consiste à bloquer la production de Aβ. L'enzyme de clivage 1 (BACE-1), protéine précurseur de l'amyloïde (APP) du site β, est une enzyme, aspartyl protéase, qui conduit à la libération de Aβ dans l'espace intracellulaire. L'essai d'Egan et al. [7] a montré une réduction légère mais significative des taux d'amyloïde cérébrale, mesurée par imagerie par tomographie à émission de positrons (TEP), ainsi qu'une réduction des taux de Aβ dans le liquide céphalo-rachidien de plus de 60%. Ces résultats indiquent l'engagement ciblé du médicament. Cependant, les effets cognitifs et les résultats de l'imagerie structurelle cérébrale étaient plus mauvais avec le verubecestat qu'avec le placebo. Ce résultat n'était pas tout à fait inattendu, compte tenu des résultats d'un essai antérieur du verubecestat chez des patients atteints de démence légère à modérée due à la maladie d'Alzheimer. La dissociation entre les bienfaits de l'abaissement de l'Aβ et des avantages cognitifs liés à la fois à l'inhibition de BACE-1 et au traitement par anticorps antiamyloïdes est troublante [8,9]. Ainsi, et après ces 15 ans d'échec des études d'intervention fondée sur l'hypothèse amyloïde, on peut affirmer que l'abaissement de l'Aβ semble être une approche inefficace et il est temps de se concentrer sur d'autres cibles pour faire progresser les traitements de la maladie d'Alzheimer.

PRINCIPALES CIBLES THÉRAPEUTIQUES DANS L'HYPOTHÈSE AMYLOÏDE



G.B

6 : *David S Knopman. N Engl J Med 2019; 380: 1476-1478*

7 : *Egan MF, Kost J, Voss T, et al. Randomized trial of verubecestat for prodromal Alzheimer's disease. N Engl J Med 2019;380:1408-1420.*

8 : *Henley D, Raghavan N, Sperling R, Aisen P, Raman R, Romano G. Preliminary results of a trial of atabecestat in preclinical Alzheimer's disease. N Engl J Med 2019;380:1483-1485.*

9 : *Panza F, Lozupone M, Logroscino G, Imbimbo BP. A critical appraisal of amyloid-β-targeting therapies for Alzheimer disease. Nat Rev Neurol 2019;15:73-88.*

Calendrier vaccinal 2019 sujets âgés

SUJETS DE 65 ANS ET PLUS

TOUS LES ANS	TOUS LES 10 ANS	ENTRE 65 ET 74 ANS
Vaccination anti grippal	Rappel de vaccination anti tétanique	Vaccination contre les complications du ZONA

6 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_mars_2019.pdf

AGENDA

CALENDRIER DES MANIFESTATIONS GÉRONTOLOGIQUES ET GÉRIATRIQUES

25-27 SEPT 2019

15e Congrès International de l'EUGMS (European Geriatric Medicine Society) à Cracovie

Le congrès de Cracovie offrira une occasion unique de diffuser l'expertise gériatrique dans toute l'Europe centrale et en particulier dans les pays où la médecine gériatrique est encore émergente, réalisant ainsi l'un des objectifs de notre initiative Global Europe.

26-27 SEPT 2019

15ème Congrès national de la SoFOG (Société Francophone d'Onco-Gériatrie) à Lille

La Société Francophone d'Onco-gériatrie vous donne rendez-vous à Lille Grand Palais les 26 et 27 septembre 2019 pour ses 15e Journées nationales autour de 2 grandes thématiques :

- Thérapies ciblées
- Co-management en onco-gériatrie

10-11 OCT 2019

10e congrès de la SGBSO (Société de Gérontologie de Bordeaux et du Sud-Ouest) à Pau-Artiguelouve

17-19 OCT 2019

34e Congrès de la SOFMER (Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation à Bordeaux)

25-27 NOV 2019

39e édition des Journées Annuelles de la SFGG (Société Française de Gériatrie et Gérontologie) à Paris

26-27 NOV 2019

14e Congrès National de l'Animation et de l'Accompagnement en Gérontologie à Bordeaux

12 DEC 2019

Journée Nantaise de Pneumo-Gériatrie à Nantes

Rendre les métiers de la filière gérontologique attractifs

La formation des professionnels en charge des personnes âgées constitue un des leviers prioritaires pour l'attractivité et la reconnaissance des métiers du Grand d'Age.
Dans ce contexte, l'Institut Prospective Age Développement, IPRADE, souhaite accompagner les professionnels et les structures de la filière gérontologique. L'IPRADE est issu d'une volonté commune de LNA santé et du Gérontopôle des Pays de la Loire d'innover et de créer un espace de réflexion, de formation et de recherche sur les sujets de l'avancée en Age.

L'IPRADE a pour mission :

> d'organiser des espaces de réflexion facilitant la revue de pairs et une anticipation des adaptations nécessaires,

> de promouvoir la recherche clinique gériatrique en étant le promoteur d'études multicentriques et en accompagnement les professionnels de la filière,

> de proposer aux structures et professionnels adhérents des contenus pédagogiques permettant la formation et le maintien des compétences.

Ce 1er numéro élaboré en partenariat avec l'IPRADE et le Gérontopôle des Pays de la Loire concrétise la volonté de l'institut d'apporter une réponse aux enjeux de la filière et sera suivi dans les prochains mois de la mise en ligne d'une formation proposée aux médecins coordonnateurs d'EHPAD.

Julien PRIM
Directeur du Service Médical et Qualité du groupe LNA Santé

GÉRONTOBSERVATOIRE
LE JOURNAL DE LA LONGÉVITÉ

ÉDITEUR

IPRADE
Association Pour l'Institut Prospective Age Développement

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.

MÉCÈNE IPRADE

LNA SANTÉ
Soigner et prendre soin

AVEC LE SOUTIEN

GÉRONTOPÔLE AUTONOMIE LONGÉVITÉ PAYS DE LA LOIRE

GÉRONTOBSERVATOIRE
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

Création graphique.
Thomas Bronquard