

PETIT BULLETIN

du Gériatre et du Gérologue

CHU de Grenoble et de Nice
CMRR Grenoble Arc Alpin et Nice

16^{ème} année n° 11

29 Mars 2010

REUNION BIBLIOGRAPHIQUE HEBDOMADAIRE

Pour l'envoi de vos références et résumés : franco.a@chu-nice.fr

Edito

Vieux et pauvre. Avec la crise la précarité revient vite et pose des problèmes de plus en plus douloureux. Comme le souligne Serge PAUGAM, sociologue, dans Valeurs Mutualistes n°265 mars/avril 2010, l'année 2010 déclarée année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, est aussi celle du travailleur pauvre. Rajoutons du vieillard pauvre. [AF]

Articles

- **Archives of Gerontology and Geriatrics 2009 ; 50 : 140-146**

How often and how far do frail elderly people need to go outdoors to maintain functional capacity ? Hiroyuki Shimada, Tatsuro Ishizaki, Megumi Kato, Ayumi Morimoto, Akemi Tamate, Yasushi Uchiyama, Seiji Yasumura (Tokyo)

Les restrictions de l'activité physique et de la mobilité sont associées à l'altération de la santé et aux déficiences fonctionnelles chez les personnes âgées fragiles. On connaît peu de la relation entre les sorties hors du domicile et les capacités fonctionnelles des personnes âgées. Le principal but de cette étude est d'examiner la relation entre la fréquence des sorties dans l'espace de vie (aussi bien autour du domicile que dans le voisinage ou dans la ville) et les limitations dans les activités basiques et instrumentales de la vie quotidienne chez les personnes âgées japonaises fragiles. Le second but de l'analyse est d'explorer les facteurs significativement associés aux limitations dans les activités basiques et instrumentales de la vie quotidienne. Ainsi 1872 personnes âgées japonaises de plus de 65 ans, vivant à domicile, ayant un statut cognitif intact et utilisant des services médicaux de prévention, ont été incluses dans différents centres du Japon de novembre 2007 à février 2008. Les participants ont été interrogés sur les activités de la vie quotidienne (ADL), la distance qu'ils parcourent chaque semaine et la fréquence de leurs sorties dans les 4 semaines avant l'évaluation. Deux variables démographiques (âge et sexe), cinq variables physiologiques (surpoids, déficit pondéral, Timed up and go test, la capacité de marcher continuellement plus de 100 m et la douleur), onze principales maladies et syndromes gériatriques et quatre variables psychosociales (les activités intellectuelles, les interactions sociales, l'humeur dépressive et le niveau personnel de santé) ont été sélectionnées comme facteurs possibles de confusion avec les limitations des activités de la vie quotidienne et corrélés aux sorties.

Les résultats montrent que le pourcentage de personnes âgées qui sortent chaque jour est significativement inférieur à celui des sujets âgés qui ne sortent que quelques fois voire une seule fois par semaine, et que la proportion des sujets limités dans les activités basiques et instrumentales de la vie quotidienne augmentait inversement et proportionnellement à la fréquence des sorties. Après ajustement sur les facteurs possibles de confusion, l'analyse en régression logistique montre que les limitations dans les activités basiques et instrumentales de la vie quotidienne sont plus fortement corrélées, respectivement, aux sorties autour du domicile moins d'une fois par semaine, et aux sorties dans le voisinage moins d'une fois par semaine. Ces résultats suggèrent que sortir hors du domicile au moins une fois par semaine est bénéfique dans le maintien d'une fonction physique correcte chez les personnes âgées fragiles. L'existence possible d'autres facteurs de confusion comme la sévérité de la maladie et les déficiences physiologiques constituent les limites de l'étude, ainsi que l'absence de troubles cognitifs chez les personnes âgées incluses alors que la plupart des sujets âgés fragiles ont une déficience cognitive, ou encore l'absence de détermination de la fréquence minimale des sorties et de la distance minimale à parcourir par semaine par la personne âgée afin de prévenir le futur déclin fonctionnel. (Commentaires Séverine AGRATI, Interne, Nice)

- **Geriatric Nursing 2009 ; 30/6 :397-408**

Humor as a coping strategy for adult-child caregivers of individuals with Alzheimer disease.
Tracy TRAN, Margaret A. SCHNEIDER

Le but de cette étude réalisée au Canada, est d'attirer l'attention sur les possibilités d'utilisation de l'humour comme échappatoire chez les personnes s'occupant de malades atteints de maladie d'Alzheimer, afin d'éviter le

« burn out » et d'optimiser les soins du patients. De nombreuses études ont montré les bienfaits de l'humour et du rire. Les deux questions principales posées lors de l'étude sont : « Est-ce qu'en tant qu'aidant, vous vous servez de l'humour pour vous aider ? » Et : « Est-ce que vous percevez l'humour comme un moyen de vous échapper de votre rôle d'aidant ? ». Pour participer à l'étude, il fallait être inscrit à une organisation locale d'aide aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer (MA) et leur famille, avoir son père ou sa mère atteint de MA, avoir entre 30 et 60 ans, devoir donner au moins deux soins par semaine (soins pouvant être simplement appeler le malade pour savoir s'il avait pris ses médicaments ou lui servir de chauffeur ou de compagnie). Six personnes ont été sélectionnées, entre 39 et 59 ans (moyenne d'âge : 50.7), 5 femmes et 1 homme. Parmi les cas dont ils avaient la charge, se trouvaient : 1 atteinte légère, 2 légères à modérées et 2 modérées à sévères. Un des malades vivait avec son épouse, deux vivaient en long séjour, un vivait de façon indépendante dans une maison et un dans le même appartement que l'aidant. Les aidants remplissent un questionnaire sur leur propre mode de vie et celui de la personne malade, les méthodes qu'ils utilisent pour « décompresser » et se changer les idées, et quelques questions générales sur le rôle de l'humour dans leur vie de tous les jours. Puis un questionnaire adapté à chaque participant est créé et un entretien individuel et enregistré est conduit par l'auteur qui encourage les participants à parler librement de leur expérience dans un environnement confortable favorisant la qualité des données collectées et leur niveau de détails. Un fois les notes recueillies, elles étaient renvoyées aux participants pour qu'ils ajoutent des clarifications, modifient des incompréhensions de l'auteur... etc. A partir de là, l'analyse des données débute. Quatre thèmes majeurs sont identifiés : l'expérience globale de l'aidant, les « déclencheurs » de l'humour, les facteurs influençant l'utilisation de l'humour, et les bénéfices perçus de l'humour. Pour l'expérience globale de l'aidant, les sous thèmes sont: l'engagement envers le malade et ses besoins, le stress exercé sur l'entourage familial sain, le rôle inversé parent-enfant. Pour les « déclencheurs » de l'humour les sous thèmes sont le timing, le sujet et le fait d'être plusieurs (effet de groupe). Les facteurs influençant l'humour sont : l'optimisme, la reconnaissance de l'humour comme une source de décompression, et l'ouverture d'esprit envers la maladie d'Alzheimer. Enfin l'humour a pour bénéfice de permettre de s'échapper de sa condition d'aidant, de soulager son stress, de se changer les idées mais pour cela il faut que l'humour ait été présent dans l'éducation des aidants.

Selon les auteurs, les prochaines études devront contenir plus de sujets, spécialement entre 30 et 50 ans. Cette étude identifie un lien entre l'humour comme échappatoire et l'optimisme et vis versa, même s'il manque des recherches explicites en la matière. Cette étude révèle aussi que l'humour est nécessaire à certains aidants afin d'alléger le fardeau qui incombe aux personnes s'occupant d'un parent atteint de la maladie d'Alzheimer. Personnellement, j'ai trouvé le sujet extrêmement intéressant, et j'ai tout de suite été très intrigué par le sujet. J'ai été perplexe devant la méthodologie de l'étude, qui est loin de la rigueur statistique retrouvée, en général, dans les études médicales et par la faiblesse de la cohorte. Mais il est vrai que l'humour étant un sentiment subjectif et s'intégrant dans le vécu de chacun, un traitement « quantitatif » est difficile. Comme il est dit dans l'article, ce n'est qu'une ébauche de discussion qui on peut l'espérer, débouchera sur d'autres études. (Commentaires Florian GRENIER, Interne, Grenoble-Nice)

Oncogériatrie

- APM, PARIS, 26 mars 2010

Cancers digestifs: divergences entre gériatres et hépato-gastro-entérologues sur les traitements pour des patients moyennement fragiles

Il peut exister certaines divergences entre les gériatres et les hépato-gastro-entérologues sur les propositions de traitement des cancers digestifs avancés pour certains patients de plus de 70 ans moyennement fragiles, a indiqué jeudi le Pr Philippe Rougier, chef du service d'hépatogastro-entérologie et d'oncologie digestive à l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne-Billancourt (Hauts-de-Seine, AP-HP). Le spécialiste a présenté les résultats d'une étude lors d'une conférence de presse organisée jeudi en marge des Journées francophones d'hépatogastro-entérologie et d'oncologie digestive (JFHOD) à Paris. Cette étude rétrospective a porté sur 62 patients âgés de 81 ans en médiane, qui relevaient, selon la classification de Balducci, du groupe 1 (vieillesse harmonieuse sans comorbidité) dans 24,2% des cas, du groupe 2 (intermédiaire) dans 50% des cas et du groupe 3 (patients fragiles) dans 25,8% des cas, est-il précisé dans le résumé écrit de la présentation. Les gériatres et les hépato-gastro-entérologues ont proposé des traitements, chacun de leur côté.

Les propositions étaient totalement concordantes pour le groupe 1 (chimiothérapie) et pour le groupe 3 (traitement symptomatique seul). Pour le groupe 2, il y avait accord entre les gériatres et les hépato-gastro-entérologues dans environ 80% des cas (22 patients sur 28, avec une chimiothérapie prescrite pour 16 patients et aucune pour six autres plus proches du groupe 3). En ce qui concerne les discordances (six patients, 20% du groupe 2), dans cinq cas sur six, le gériatre voulait traiter le patient alors que l'hépatogastro-entérologue ne le souhaitait pas. Il s'agissait toujours de tumeurs, comme le carcinome hépatocellulaire, le cancer de l'oesophage ou du pancréas, pour lesquels le bénéfice thérapeutique était très faible, ce qu'ignoraient les gériatres, a commenté le Pr Rougier. Les gériatres basaient leur décision sur l'évaluation gériatrique standardisée

(EGS) et étaient plus souvent favorables à un traitement actif ("patient en état de supporter une chimiothérapie"), alors que les hépato-gastro-entérologues, s'appuyant sur le pronostic et le bénéfice potentiel du traitement selon le type tumoral, proposaient un traitement symptomatique ("chimiothérapie faisable mais pas de bénéfice attendu"), indique le résumé, de la même façon. « Ces résultats confirment l'importance, surtout pour les patients du groupe 2, d'une évaluation multidisciplinaire oncogériatrique et gastro-entérologique-oncologique des patients âgés présentant un cancer digestif », concluent les auteurs. (Source APM - 26/03/2010)(Commentaires Gilbert FANFALONE, Service de Documentation, CHU de Nice)

Colloques & Congrès

- **Chambéry**, « Le Manège », **6 avril 2010, Société Rhône-Alpes de Gériatrie**.
Belle réunion sur **L'évolution des métiers de la gériatrie en institution et à domicile**.
Contact : par courrier, par mail ou par fax à ADAMSPA INFO, 107 rue Dacquin – 73000
CHAMBERY, TEL 04.79.85.15.57. _ 04.79.84.46.35, E.mail : adamspa@wanadoo.fr

Bibliographie du 29/03/2010 – Nice : S.Agrati, E.Biglia, A. Bonjour, M. Bruno, F.Capriz-Rivière, F. Caranta, AL. Couderc, G.Debris, G. Fanfalone, A. Franco, R.Gavignet, F. Grenier, O. Guérin, A. Marteu.