

# PETIT BULLETIN du Gériatre et du Gérologue

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

17<sup>ème</sup> année n° 06

14 Février 2011

REUNION BIBLIOGRAPHIQUE HEBDOMADAIRE

Pour l'envoi de vos références et résumés : [franco.a@chu-nice.fr](mailto:franco.a@chu-nice.fr)

## Edito

Vous y croyez, vous, aux cosmétiques anti-vieillessement ? ... Ils bénéficient d'un dossier complet dans La Recherche, Février 2011; n°42 : pp 81-98 où on nous explique entre autres comment mourir jeune à un âge très avancé. L'imagerie des rides est une méthode intéressante pour les études, mais les rides sont dépendantes du degré d'hydratation de la peau. Si la peau est mieux hydratée c'est un bon résultat fonctionnel et cela protège certainement la peau et toute sa vitale machinerie. Pour autant cela n'est peut-être pas suffisant pour revendiquer un effet anti-vieillessement. Il est vrai que l'on peut discuter de la définition du terme vieillissement. Le vieillissement est-il une image, ou un processus ? L'histoire dira si « l'anti-aging » a fait des ravages ou au contraire si ses promoteurs sont de bienfaisants précurseurs. En tous cas, tous hors service public, ils gagnent plutôt bien leur vie. Si clairement ce n'est pas un défaut de bien gagner sa vie, tout au moins faudrait-il au moins une évaluation sérieuse de l'intérêt de ces substances qui occupent un vaste secteur de l'économie et qui sont loin de demander un remboursement par la sécurité sociale. [AF]

## Articles

- **The Cochrane library**

Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

**[Intervention Review] Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition.** Anne C Milne, Jan Potter, Angela Vivanti, Alison Avenell

Editorial group: Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders Group.

Publication status and date: Edited (conclusions changed), published in Issue 2, 2009.

Review content assessed as up-to-date: 29 November 2007.

*Les personnes âgées sont plus sujettes à la dénutrition que les sujets jeunes. Selon les études il y aurait 5-10% de sujets dénutris au domicile et entre 11 à 40% en établissement. L'étude a tenté de répondre à la question de l'impact de la supplémentation protéino-énergétique chez les personnes de plus de 65ans. Soixante-deux essais (10187 patients) ont été sélectionnés par une revue systématique de la littérature d'après plusieurs sources de données (Cochrane, Pubmed, EMBASE ...). Soixante et onze pourcent des patients étaient hospitalisés. Les critères de jugement primaires étaient la mortalité, la morbidité (incidence des complications) et le statut fonctionnel. Les critères secondaires étaient, la durée d'hospitalisation, la qualité de vie, le poids.*

*Résultats : pas d'impact sur la mortalité générale mais mise en évidence d'un effet bénéfique dans une sous population de patients dénutris avec une supplémentation de 400Kcal minimum par jour. Morbidité : 14% de complications en moins chez les patients supplémentés. Pas de conclusion sur le plan fonctionnel du fait de la disparité des mesures du statut fonctionnel. Idem pour la mesure de la qualité de vie. Pas de différence sur la durée d'hospitalisation. Amélioration du poids des patients (+2.2%)*

*Conclusion des auteurs : la qualité des essais est globalement mauvaise. Seules 17 études sur les 62 comparaient le complément nutritionnel à un placebo. Pas d'amélioration de la survie mais les études ont un suivi relativement court. Gain de poids faible (environ 1.2 kg pour une personne de 55kg). Les futurs essais devront intégrer plus de patients en étudiant de façon systématique le statut fonctionnel ainsi que la qualité de vie.*

*Commentaires : Grande disparité méthodologique entre les études dans l'utilisation des outils de mesure notamment sur le statut fonctionnel et sur la quantification de la qualité de vie. Difficulté également de prendre en compte toutes les études dans la méta-analyse sur chaque critère de jugement défini entraînant des difficultés d'interprétation des résultats. Cette méta-analyse met en évidence la complexité chez la personne âgée de l'étude de la nutrition qui est multifactorielle et difficile à modéliser. (Commentaires Sébastien GONFRIER, CCA, DESCQ)*

- **NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie 2011; 11: 34-40**

## **Evaluation neuropsychologique de sujets âgés en situation d'illettrisme: quel impact lors de la suspicion d'une maladie neurodégénérative ?** D.Mailler,C Belin (Bobigny)

*L'évaluation neuropsychologique de patients en situation d'illettrisme est une tâche peu aisée avec un risque de faux positifs de déficits cognitifs. Dans cet article les auteurs rappellent que les tests de dépistage actuels ne sont validés que dans les populations scolarisées. Il est démontré en neuroanatomie que l'apprentissage de la lecture chez un groupe de guérilleros des FARC en programme de réinsertion est susceptible d'augmenter l'épaisseur corticale au niveau de l'hémisphère gauche dans les régions occipitales, l'aire temporale supérieure, le gyrus angulaire et les régions temporales médianes postérieures. Il y a donc une plasticité cérébrale possible....*

*Ostroski et al. ont montré sur 109 sujets qu'il existait un effet du niveau d'éducation sur les épreuves proposées. De plus il semblait que les hommes de petit niveau éducatif réussissent mieux que les femmes de petit niveau éducatif. Archilla et Rosselli ont montré sur 200 sujets vivant à Bogota que les sujets à faible niveau éducatif réussissaient moins bien les tests pour évaluer les capacités visuospatiales, la mémoire, le langage et les praxies. De plus, les sujets illettrés ont des stratégies cognitives se rapprochant des enfants préscolaires ou des cérébrolésés.*

*En pratique, cet article est intéressant car il indique des applications concrètes pour l'évaluation de la mémoire de ces sujets particuliers:*

- *Pour l'évaluation des capacités visuo-spatiales : les dessins plan en 3D ne sont pas à utiliser (ex : un cube).*
- *L'aide d'un traducteur est souvent inefficace du fait de la structure de la langue du pays d'origine.*
- *La mémoire autobiographique n'est pas altérée.*
- *Les tâches de rappel des mots sont très affectées par le niveau d'éducation en partie par l'absence de regroupement sémantique lié aux expériences d'apprentissage répétées lors de la scolarité.*
- *La mémoire en situation écologique est conservée.*
- *Au niveau du langage, ces sujets manquent de conscience phonologique (difficultés de segmentation des mots) mais ont une bonne reconnaissance des sons.*
- *En dénomination, il faut présenter des objets réels en 3D.*
- *Il existe des erreurs au niveau des relations spatiales. (Devant, en haut, derrière).*
- *Au niveau praxique, les mouvements sans signification sont moins bien compris.*
- *Au niveau du MMSE, la passation est limitée par l'absence parfois d'un traducteur. L'illettré aura des difficultés sur le nom des régions, l'écriture, le calcul mental ...*
- *Le MoCA a l'avantage d'être traduit dans de nombreuses langues mais les sujets auront des difficultés en flexibilité mentale (alphabet obligatoire), pour le calcul mental et les figures en 3D.*
- *Il existe des batteries d'examen en langue espagnol, le test du Sénégal, la KICA (Kimberley Indigènes Cognitif Assessment) pour les aborigènes et en France il existe une mise en place du test des 9 images pour un groupe de travail du GRECill.*

(Commentaires Rabia BOULAHSSAS, PH, Nice)

## **Ethique**

Article résumé de Gilbert FANFALONE, Service de Documentation du CHU de Nice

### **• Nuffield Council on Bioethics 2010**

#### **Un rapport sur les derniers développements en éthique dans le domaine des soins de santé personnalisés**

Ce rapport ambitieux, près de 250 pages, réalisé par le Nuffield Council on Bioethics en octobre 2010 se propose d'étudier l'impact et les conséquences éthiques de la personnalisation des soins de santé dans notre société consumériste. Ce rapport a nécessité deux ans de travail par différents spécialistes du domaine et il peut être téléchargé à cette adresse : <http://www.nuffieldbioethics.org/personalised-healthcare-0>

#### **Première partie**

*Ce rapport vise à montrer de manière assez large comment les gens, dans une approche consumériste, se comportent vis-à-vis des services en ligne de santé. Quels sont les questions et les dilemmes éthiques qui peuvent se poser lors de l'accès aux informations liées à la santé, lors de l'achat de prescriptions médicales en ligne directement par les consommateurs, par rapport à la télémédecine et à ses différentes déclinaisons, mais aussi quant à l'utilisation de services en direct, sans nécessairement, l'intermédiation du médecin, tels que les kits de tests génétiques, les services d'imagerie du corps entier. Le rapport avance des recommandations et met l'accent sur le besoin d'instances de régulation et suggère que tout cela, avec les probables développements futurs, fasse l'objet d'une surveillance par la profession médicale. La notion de personnalisation des soins de santé, mais peut-être faudrait-il mieux parler, d'approche personnalisée des soins de santé, renvoie en particulier à deux*

autres notions indissociables dans nos sociétés, celles de « responsabilisation » et de « consumérisme ». Dans les faits, il s'agirait de jouer un rôle de plus en plus actif par rapport à sa propre santé et dans la gestion de son capital santé, et donc de payer et de consommer, en particulier pour pouvoir profiter de nouvelles technologies comme le profilage génétique et les services de médecine en ligne. Dans la majorité des domaines étudiés, les auteurs du rapport concluent qu'il n'y a pas, en ce qui concerne les inconvénients possibles, suffisamment de preuves pour exiger des réglementations plus rigoureuses sur les services proposés. En matière de profilage génétique, en direct, avec des sociétés comme 23andme ou Navigenics, il est communément admis que pour des variantes de maladies polygéniques courantes cela n'est pas d'une grande valeur clinique et présente peu d'utilité. On pourra se référer à ce sujet à un article récent de PLoS Medicine « Being More Realistic about the Public Health Impact of Genomic Medicine » <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000347> qui conclut que des tests de cette sorte ne satisfont pas à 3 critères clés pour l'utilisation des informations du génome dans les actions de dépistage en santé publique. Les critères sont : premièrement que l'information obtenue devrait mieux prédire le risque de maladie que l'information phénotypique, deuxièmement que des interventions d'un bon rapport coût-efficacité devraient exister pour ceux ayant un risque génétique accru, et troisièmement que l'information du risque génétique devrait motiver les changements de comportement désirés. Les manières d'appréhender ces tests diffèrent selon les pays, il en reste que pour le Royaume-Uni, pays producteur de ce rapport, les restrictions quant à la vente de ces tests ne devraient concerner que les enfants, avec les recommandations, pour ces sociétés, de fournir une information compréhensible (j'ajouterais par tous) sur les données scientifiques, sur les limites, les méfaits, les données privées, et la façon dont elles sont gérées ; au-delà une réglementation n'est pas nécessaire. Sur un autre aspect, celui de la scanographie de la totalité du corps, les méfaits potentiels peuvent dépasser les bénéfices escomptés avec, par exemple, un risque de cancer accru en cas de tomodensitométrie, voire des risques psychologiques comme une augmentation de l'anxiété liée à la découverte d'anomalies mineures, etc. C'est pourquoi le rapport reste très réservé quant à l'usage de ces techniques de scanographie dans un contexte commercial en direct avec des sociétés proposant ce genre de services. Tout au long du rapport, le groupe de travail a insisté sur le besoin de preuves scientifiques solides sur les bénéfices et les méfaits associés à chaque méthode. Sur ce rapport, des commentateurs ont noté, par exemple, l'absence de données chiffrées sur le nombre de personnes au Royaume-Uni qui auraient fait appel à un profilage génétique personnalisé, il n'a pas non plus été établi comment les résultats de tels tests ont ou pourraient dans le futur influencer des comportements individuels. Ainsi, pour la plupart des scénarios discutés dans ce rapport, il est encore à noter que les bénéfices, les méfaits et les dilemmes éthiques, sont présentés uniquement comme des préoccupations théoriques appuyées par très peu de données concrètes autour de la conduite à tenir. Dans le domaine de l'éthique appliquée à ces questions de profilage médical, de médecine en ligne, le rapport dénombre cinq valeurs à prendre en compte :

- 1/ Les informations privées doivent être protégées.
- 2/ Les individus doivent être capables de rechercher leur propre intérêt à leur façon.
- 3/ La condition est de viser à réduire les méfaits.
- 4/ Les ressources publiques doivent être utilisées avec justice et efficacité.
- 5/ La solidarité entre les personnes (le partage des risques et le fait de travailler ensemble afin de protéger les plus vulnérables) doit imprégner les politiques publiques.

Ces valeurs, souvent, entrent en conflit les unes avec les autres. Toutes sont importantes et aucune ne devrait prendre le dessus. Sur ces questions, l'intervention de l'état doit être mesurée et il doit particulièrement être attentif aux méfaits.

(Deuxième partie semaine prochaine)

## Libre opinion

### • A l'attention de Monsieur Jean-Paul DELEVOY, Président du Conseil Economique, Social et Environnemental

Monsieur le Président,

Je vous remercie de votre aimable invitation au débat national sur la dépendance, à laquelle je n'ai pu répondre étant pris par d'autres obligations projets. Toutefois je me permets de solliciter votre attention sur les points suivants, en souhaitant que vous puissiez en faire part dans ces débats, tant auprès de votre auditoire qu'auprès des très hautes personnalités intervenantes :

1° Le terme de « dépendance » quoique médiatique, est inapproprié : il est désormais évité dans les sphères internationales et remplacé par le concept de perte d'autonomie qui permet de faire un lien nécessaire entre les différentes incapacités fonctionnelles dans les actes de la vie quotidienne et le contexte environnemental et social. Nous sommes en effet tous plus ou moins dépendants des autres...

## 2° Prévention et compensation de la perte d'autonomie

Le projet de loi préparé par Madame Rosso - Debord est bien documenté. Mais l'une de ses propositions, concernant l'obligation d'assurance à partir de 50ans, gérée par le secteur privé, serait à la fois discriminatoire, inconstitutionnelle et très fâcheuse sur le plan politique. De plus, elle ne résoudrait pas la question d'un accès des plus âgés à une protection sociale de base équitable, laquelle est du ressort de la solidarité intergénérationnelle et devrait se faire par l'impôt sur tous les revenus. Les français doivent être clairement mis devant leur responsabilités et financer équitablement sur leurs revenus le niveau de protection sociale auquel ils aspirent. L'APA devient une charge insupportable pour les départements et un retour équitable sur succession s'imposera tôt ou tard.

La dramatisation économique d'une inexorable montée du fardeau de la perte d'autonomie au grand âge ne repose pas sur des données scientifiques solides, comme l'a démontré récemment le Professeur Françoise Forette, en raison de la progression de l'espérance de vie en bonne santé parallèle à celle de la longévité. Cela dit, la prévention de la perte d'autonomie, comme une meilleure prise en charge des personnes qui subissent cette épreuve et le soutien à leurs aidants, reste une des priorités sociales nationales.

Pour beaucoup de personnes très âgées dans cette situation dramatique, notamment pour les veuves pauvres ou en voie de paupérisation, les Etablissements d'accueil restent trop coûteux par rapport à leurs ressources. Le nombre d'Etablissements reste insuffisant et la qualité du service pourrait souvent être améliorée. L'effort annoncé est le bienvenu, mais le nombre d'Etablissements en projet devra être en phase avec l'augmentation- en nombre absolu- des personnes lourdement dépendantes dans les générations plus nombreuses des plus de 75 ans. La loi de 2005 sur l'égalité des chances, bien comprise et appliquée de manière extensive et étendue en faveur des personnes âgées fragilisées à risque de perte d'autonomie, constitue un formidable atout de développement pour les services et la modernisation de l'habitat, des transports et des services publics à relier aux TIC.

J'ai récemment obtenu une condamnation par la Halde des pratiques discriminatoires du secteur Banque Assurances pour motif d'âge pour l'accès des plus de 75 ans à des prêts limités en montant et en durée pour l'amélioration de leur logement ; et ces pratiques discriminatoires pour motif d'âge font actuellement l'objet d'un examen attentif de la Commissaire européenne Viviane Reading, nullement convaincue par les allégations du puissant lobby des Assurances. Le Président de la République en a été dûment informé.

Il reste donc à bâtir, au delà des effets d'annonce, une véritable politique sociale économique et sanitaire coordonnée, solidaire, dynamique et durable pour une croissance retrouvée dans une économie de services à valeur ajoutée, dans laquelle les aînés doivent avoir une juste place. Les avis toujours bien étayés de votre Haute Assemblée devraient pouvoir y contribuer pour éclairer ce grand débat.

Dans cette attente, je vous prie, Monsieur le Président du Conseil Economique Social et Environnemental, d e bien vouloir agréer l'assurance de ma très haute et très respectueuse considération.

Signé : Gérard CORNET, Gérontologue- Expert auprès de la Commission européenne, Paris le 06-02-2011

## Congrès et Réunions professionnelles

- **IGAM, Nice 17 février 2011 à 20 :00. Thème : "Vivre et vieillir chez soi"**

**La prochaine soirée organisée avec l'aide du Pr Alain Franco se tiendra à l'Hôpital de Cimiez (Salle Pierre Lilly- bâtiment Grand Hôtel)**

« *Vivre chez soi en vieillissant c'est aussi une affaire de santé* » Alain FRANCO, PUPH, Gériatre, Président du CNR SDA, et Patrick MALLEA, Docteur Ingénieur, Chargé de la mission Vivre Chez Soi, Directeur de l'Innovation au CNR SDA.

« *Vivre chez soi grâce à un réseau gérontologique* » : 1) L'expérience de la Plate-Forme Gérontologique Grassoise (CLIC / AG3) Jacques RIBIERE, Isabelle THEVENIN –LAVALOU ; 2) L'expérience niçoise de Cronoss 06, Alexandra CLOUET D'ORVAL

« *Vivre chez soi grâce à l'aide à domicile* » : Anne-Marie ZACCONI-CAUVIN, Gériatre, coordonnateur structure d'aide à domicile.

« *Rester chez soi hospitalisé grâce à l'HAD* » : Annick BIJU-DUVAL, Directrice de l'HAD de Nice et Région.

« *Prévenir la perte d'autonomie avec le Service de Lien Social* » : Joëlle BOTTERO, chargée de projets - Gérontologie - CCAS Nice.

Contact : Secrétariat IGAM, Dr F. Capriz. Inscription gratuite par fax au 04 92 03 40 32 ou par mail à [capriz-ribiere.f@chu-nice.fr](mailto:capriz-ribiere.f@chu-nice.fr)

- **Paris, CNIT, 4-6 octobre 2011. 31èmes Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie.**

A vos agendas ! Contact: [www.jasfgg2011.com](http://www.jasfgg2011.com)

**Bibliographie du 14/02/2011 – Nice : I. Bereder, E. Bouery-Nassif, R. Boulahssas, P. Brocker, M. Bruno, J. Camalet, F. Capriz, C. Cheung, AL. Couderc, G. Fanfalone, A. Franco, V. François-Fasille, S. Gonfrier, C. Mani, A. Mercurelli, G. Sacco.**