

Gériatrie

La révolution du « slow medoc »

MÉDECINE

Limitier la prise de médicaments des personnes âgées grâce au regard, à la parole, au toucher, au sport...
C'est le pari réussi de plusieurs méthodes adoptées par un nombre croissant de maisons de retraite

PASCALE SANTI

Dans la salle à manger de l'unité Alzheimer de l'hôpital privé gériatrique Les Magnolias (HPGM), à Ballainvilliers (Essonne), une résidente s'approche de Laurinda Figueira, aide-soignante, et l'embrasse. Cette dame de 78 ans, qui a la maladie d'Alzheimer, sourit, elle revient de la chorale. Le docteur Laurence Luquel, médecin-chef de l'établissement, lui caresse doucement le bras en s'adressant à elle, bien en face (c'est mieux que de parler de côté). Elle rejoint les autres résidents, une vingtaine, dans cette pièce à vivre. Un monsieur répète inlassablement la même histoire : « Vous connaissez mes fils ? »

Ces gestes, qui relèvent de la pure bienveillance, peuvent sembler naturels, mais ici l'ensemble du personnel (456 salariés) a été formé à la méthode appelée « humanitude », une philosophie de soins portée par sa directrice générale, Evelyne Gaussens. « Lorsque je suis arrivée en 2003, explique-t-elle, la prise de médicaments et notamment de psychotropes pour les personnes âgées ayant des comportements d'agitation pathologique semblait être la seule solution. Cela s'explique par le fait que la formation initiale des soignants est axée principalement sur le soin et non sur le "prendre soin". »

« Ne pas développer les approches non médicamenteuses est pour moi de la maltraitance »

EVELYNE GAUSSENS
directrice générale de HPGM

En 2004, l'établissement de 319 lits ou places, qui comprend un pôle de médecine, un accueil de jour, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), a choisi comme fil rouge de son projet la méthodologie de soins Gineste-Marescotti, qui repose sur la philosophie de l'humanitude. Choqués de voir des « vieux » à qui l'on ne parlait que cent vingt secondes en vingt-quatre heures, Yves Gineste et Rosette Marescotti, deux anciens professeurs d'éducation physique, ont créé cette méthode il y a trente ans. Elle est portée aujourd'hui par un institut de promotion (IGM).

Elle s'appuie sur un corpus de 150 gestes pratiques et techniques de soin, basés sur quatre piliers : le regard, la parole, le toucher, la verticalité. Par exemple, comment accompagner une personne pour avoir moins mal au dos, comment l'aider à manger, à rester au moins dix minutes debout chaque jour au lavabo pour la toilette ? Cela va à l'encontre des techniques classiques. « Le rythme des patients est, ici, respecté. Par exemple, le matin, on attend que les gens se réveillent », explique Isabelle Agostino, responsable du pôle médico-social, psychomotricienne de formation. Dix référents formés à ces techniques passent une semaine par mois dans les services pour accompagner leurs collègues dans cet apprentissage de la bientraitance. Pas toujours facile d'ailleurs.

Atteint de la maladie de Parkinson, M. André était grabataire à son arrivée à l'hôpital des Magnolias. Il ne parlait plus, il avait besoin d'aide dans tous les gestes de la vie quotidienne. « Peu à peu, à l'aide de supports [des images représentant des objets], nous avons commencé à comprendre ce dont il avait besoin ou envie, puis nous nous sommes rendu compte qu'il était capable de faire beaucoup de choses », raconte Florence Lix, aide-soignante. « Il a retrouvé le sourire », explique-t-elle. M. André a pu quitter ses proches dignement. « C'est à nous de nous adapter au patient, d'observer, de nous renseigner sur ses habitudes de vie », explique Catheri-



Prévenir le déclin cognitif

Une étude, appelée Multidomain Alzheimer Preventive Trial (MAPT), est actuellement menée auprès de 1 680 personnes âgées de 70 ans et plus, vivant à domicile, qui se plaignent de la mémoire ou ont des difficultés (marche lente...). Coordonnée par le professeur Bruno Vellas, cette étude dite « multidomaine » vise à identifier les facteurs « potentiellement protecteurs du déclin des performances cognitives et de la maladie d'Alzheimer ». Elle devrait apporter des arguments scientifiques complémentaires dans la prévention du déclin cognitif lié à l'âge. Plusieurs champs sont explorés : l'efficacité d'une supplémentation isolée en acides gras oméga 3, les effets de la nutrition, de l'exercice physique, de la stimulation cognitive, des activités sociales ou de leur association sur l'évolution des fonctions cognitives. Il s'agit d'une étude multicentrique (Toulouse, Bordeaux, Montpellier, Limoges, Lyon, Nice...), randomisée en groupes parallèles et contrôlée par placebo. Les résultats seront rendus fin mars 2014. Mais des améliorations sont déjà constatées pour le groupe multidomaine au niveau du métabolisme cérébral.

ne Salcedo, aide-soignante. Pour l'heure, on compte plus de 600 établissements en France formés à cette méthodologie de soins – sur environ 10 000 résidences pour personnes âgées en France – et 40 sites pilotes. « Cette approche est également transmise aux familles ou aux aidants, dont le soutien est essentiel », ajoute Isabelle Agostino. Elle a d'ailleurs des répercussions chez les soignants, avec une baisse de 50 % du turnover et de l'absentéisme.

« Cette démarche permet d'obtenir plus de résultats qu'avec des médicaments. Ne pas développer les approches non médicamenteuses est pour moi de la maltraitance », ajoute Evelyne Gaussens. Savoir communiquer, parler, être dans l'empathie avec une personne âgée en perte d'autonomie n'est pas forcément inné. Cela s'apprend. Cette méthode permet aussi de réduire les séjours hospitaliers, ce qui a un impact au plan humain et économique.

Outre l'amélioration de la qualité de vie du malade, une évaluation récente met en évidence une diminution considérable des troubles du comportement, avec un impact sur la consommation de médicaments – une réduction de douze à trois par jour. Une étude menée

sur 109 patients à l'hôpital Les Magnolias a montré que les effets de la formation des soignants ont entraîné une diminution de la consommation de neuroleptiques de 88,5 % entre 2005 et 2008, précise le docteur Luquel, qui a publié cette étude dans *Les Cahiers de l'année gériatrique* en septembre 2010.

« On essaie de rationaliser les ordonnances, en ne donnant que celles qui sont indispensables, précise le docteur Luquel. Les prescriptions sont réévaluées chaque mois. Mais tous les patients ont un traitement par vitamine D pour prévenir le risque de chute. »

Ce mouvement de réduction des médicaments pour les sujets âgés semble aussi gagner les gériatres. En l'absence de traitements curatifs pour la maladie d'Alzheimer, la nécessité de trouver d'autres approches s'est imposée chez certains soignants. En réaction à une vision stigmatisante de la personne malade émerge depuis plusieurs années une conception plus humaniste. C'est aussi une manière d'aller à l'encontre de deux idées reçues – « il n'y a rien à faire pour la personne malade » et « elle ne se rend compte de rien, elle ne se souvient pas » –, rappelle l'association France Alzhei-

« La prise en charge gériatrique commence trop tardivement »

Le professeur Bruno Vellas est chef du service de gériatrie au CHU de Toulouse (Inserm UMR 1027) et président de l'Association internationale de gériatrie et de gérontologie. Le gérontopôle de Toulouse qu'il dirige a été missionné par le ministère de la santé et la ministre déléguée chargée des personnes âgées pour mener des recherches visant à prévenir la dépendance chez les sujets âgés.

Que pensez-vous des approches non médicamenteuses ?

Les solutions pour les pathologies liées au vieillissement qui mettent des années voire des décennies à s'installer ne

viendront pas que du médicament, mais d'une prise en charge multidomaines, associant la nutrition, l'exercice physique, la stimulation cognitive.

De plus, nos actions ne seront efficaces que si elles agissent avant l'apparition d'une dépendance lourde pour les activités de la vie quotidienne. C'est-à-dire au stade de fragilité physique qui précède la dépendance.

Plusieurs sociétés savantes internationales ont lancé un cri d'appel pour mettre en place le repérage des sujets âgés fragiles en pratique clinique : cataracte, médicaments mal dosés, fonte musculaire (sarcopénie), déclin de la mémoire, etc.

Comment éviter que les sujets âgés basculent dans la dépendance ?

Cela survient souvent après un séjour hospitalier, d'autant plus lorsqu'il a été précédé d'un passage dans les services d'admission d'urgence, comme le montre un article de consensus sur la dépendance iatrogène écrit par un groupe d'experts internationaux dans le *Journal of Nutrition, Health & Aging*. Une enquête menée sur 500 personnes de plus de 75 ans hospitalisées au CHU de Toulouse, tous services confondus, a montré une perte d'autonomie significative chez 16 % des patients.

L'enjeu est de taille. Dans un cas sur deux, cette perte d'autonomie semble induite par la mauvaise adaptation de notre système de soins au vieillissement de la population, d'après des premiers résultats de cette enquête qui seront présentés au congrès francophone sur la fragilité du sujet âgé qui se tiendra les 17 et 18 avril à Toulouse.

La réflexion sur les pratiques de soins est donc nécessaire et fondamentale. L'idée est d'évi-

ter la perte d'autonomie, notamment physique, chez ces patients âgés, à l'aide de la mobilisation pendant leur séjour à l'hôpital et à distance de l'hôpital, au retour à domicile, au moyen d'exercices physiques, d'activités sociales, cognitives, de « gérontechnologies », d'une meilleure nutrition... autant de méthodes qui ne sont pas médicamenteuses. Et ce, en lien avec tous les acteurs de soins : médecin traitant, milieu social, aidants...

Comment généraliser cette méthode ?

C'est la mission que les pouvoirs publics nous ont confiée. Notre système de santé ne prend pas en compte de façon adaptée les personnes âgées fragiles, bien au contraire : toute l'organisation du système consiste à ne commencer une prise en charge gériatrique que lorsque la dépendance est avérée, donc trop tardivement, avec des coûts très élevés.

A titre d'exemple, quand une personne demande l'allocation personnalisée d'autonomie

(APA), c'est à l'évidence un signe de fragilité. Quand la dépendance est installée on va lui donner des aides, mais sans vraiment rechercher les causes ayant abouti à la dépendance.

En revanche, si le patient n'est « pas assez » dépendant, on lui demande de revenir plus tard à un stade plus sévère, en quelque sorte quand il ira plus mal, pour enfin bénéficier d'aides, mais quand il est trop tard pour agir de façon vraiment efficace. La dépendance est de nos jours parfois trop médicalisée, avec de nombreuses hospitalisations en urgence.

À l'inverse, les personnes âgées fragiles ne sont pas prises en charge de façon adaptée par le secteur sanitaire et social. Il est donc fondamental de mieux prendre en charge les sujets âgés, ce qui, au-delà de l'aspect humain, générerait en outre des économies importantes : un bon système de prévention de la dépendance permettrait à terme d'économiser 10 milliards d'euros, selon l'Assemblée des départements de France. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR P. SA.



mer. Ces méthodes s'appuient en effet sur les capacités de la personne, sans la mettre en situation d'échec.

Ce mouvement est d'autant plus fort que « les personnes âgées en France consommeraient deux fois plus de médicaments que leurs voisins scandinaves à état de santé équivalent », selon le professeur Olivier Saint-Jean, chef du service de gériatrie de l'Hôpital européen Georges-Pompidou. L'amélioration de l'usage de médicaments et la surveillance de la iatrogénie médicamenteuse (effets indésirables) sont deux mesures phares du plan Alzheimer.

Les études montrant les effets délétères des médicaments sur les sujets âgés sont nombreuses. Le service rendu des médicaments anti-Alzheimer a été jugé modeste par la commission de transparence de la Haute Autorité de santé (HAS) en octobre 2011, et la revue *Prescrire* a plusieurs fois pointé leurs effets indésirables. Les benzodiazépines sont montrées du doigt (*Le Monde* du 12 janvier). « Sortir d'une prise en charge essentiellement centrée sur le médicament et de l'influence symbolique qu'il exerce constitue un enjeu de santé publique », indiquait la HAS dans un rapport sur les approches

Cours de gymnastique pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, dans l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) du Manoir de Chelles (Seine-et-Marne).

AMÉLIE-BENOIST/BSIP

non médicamenteuses publié en 2011. L'Assurance-maladie a aussi fixé des objectifs : faire passer de 14,7 % aujourd'hui à moins de 5 % les patients de plus de 65 ans traités avec des benzodiazépines à demi-vie longue.

« A chaque consultation, il est nécessaire de demander quels sont les médicaments indispensables et lesquels n'ont pas ou plus lieu d'être », constate le docteur Dan Kogel, chef de clinique à l'hôpital Rothschild à Paris. Un homme de 78 ans a récemment été hospitalisé dans son service de gériatrie en raison de chutes, il ne tenait plus debout. La liste de son « traitement habituel » était impressionnante : pas moins de 25 médicaments. Si certains étaient nécessaires pour traiter l'hypertension, le cholestérol, les problèmes de thyroïde, cette liste contenait trois antidépresseurs (Prozac, Tofranil, Anafranil), deux anxiolytiques, deux inhibiteurs de la pompe à protons... Outre les effets indésirables, les associations de mêmes classes de médicaments semblent « étonnantes ».

Les prescriptions provenaient de quatre médecins différents. Ce monsieur est reparti – en marchant – avec moins de médicaments : il n'en prend « plus que dix » ! La forte consommation de médicaments chez le sujet âgé est favorisée par le nomadisme médical. « Les prises en charge privilégiant une approche non médicamenteuse ont donc une place à prendre, tant pour les patients que pour l'entourage », explique le docteur Kogel.

L'Agence nationale de sécurité du médicament avait, en 2005, établi des recommandations pour prévenir la iatrogénie. D'autant plus que la pathologie iatrogène entraîne 10 % des hospitalisations chez les plus de 65 ans, et 20 % chez les plus de 80 ans. Deux tiers de ces accidents médicamenteux sont évitables, selon l'Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins de 2010.

Dans ce contexte, les approches non médicamenteuses se développent : art-thérapie, musicothérapie, jardins thérapeutiques, zoothérapie, espaces Snoezelen, sans parler des aides psychologiques, de l'orthophonie, qui agissent sur le maintien des capacités cognitives. « Ces méthodes semblent ralentir l'évolution des pathologies ou calmer les troubles », souligne le docteur Christophe Trivalle, chef de service de gériatrie à l'hôpital Paul-Brousse (AP-HP).

« Il faut dépasser notre culture soignante, centrée sur les soins techniques médicaux et de nursing [toilette, aide au repas...] qui sont nécessaires, mais qui ne doivent pas supplanter les autres choses qui peuvent embellir le quotidien », explique le docteur Didier Armaingaud, directeur médical de Medica France, qui a développé la méthode Montessori dans les Ehpad, dans son livre *Tant de choses à vivre ensemble* qui paraîtra en mars (Cherche Midi).

Pour autant, ces expériences sont loin d'être généralisées et ont parfois du mal à tenir sur la durée. « Cela prend du temps pour expliquer l'arrêt d'un médicament. Le médecin n'en a guère pour des conseils, tandis que le patient lui-même est parfois demandeur de médicaments », explique Jean-Luc Harousseau, président de la HAS.

« La mise en place de ce type d'approche se heurte souvent à des problèmes de manque de personnel », ajoute le docteur Aurore Burlaud,

gériatre à l'hôpital Paul-Brousse, qui s'est formée à l'hypnose et souhaiterait mettre davantage en pratique cette méthode sur les patients et les aidants. « Les discours officiels vont vers une nécessité de réaliser des économies, de fermer des lits. Les moyens matériels et humains diminuent un peu plus chaque année », dénonce le docteur Christophe Trivalle dans son livre *Vieux et malade : la double peine !* (L'Harmattan, 2010). Il s'agit là d'une décision politique.

Autre frein, le manque d'évaluation scientifique de ces pratiques. Comment mesurer le bien-être ?, questionne le docteur Luquel. « Nous avons eu la visite de plusieurs ministres mais rien à ce jour n'a été concrétisé », tempère M^{me} Gausseus. Elle estime qu'au-delà d'une évaluation certes nécessaire cette méthode pourrait être intégrée dans la formation initiale des médecins et des soignants, ainsi que cela a déjà été fait ailleurs, comme au Québec et en Belgique. ■

Un « jardin des cinq sens » pour stimuler le corps et l'esprit

Chez les personnes âgées, les bienfaits de l'activité physique ne sont plus à démontrer. Le docteur Michel Tregaro, médecin conseiller de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Bretagne, a donc mis ce principe en pratique. Il a conçu un parcours santé à la maison de retraite Angélique-Le Sourd à Saint-Jacut-les-Pins (Morbihan) qui a vocation à être généralisé.

Ces parcours d'activités santé seniors (PASS) consistent en une série d'exercices sollicitant et stimulant les capacités physiques et cognitives de la personne âgée. Composé de dix agrès avec, au centre, un « jardin des cinq sens » destiné à stimuler chacun d'entre eux, ce parcours est effectué avec un éducateur sportif qualifié et formé.

Objectif du docteur Tregaro : généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en établissant d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Les effets sont probants : une diminution du nom-

bre de chutes et de fractures, moins de mises en fauteuil roulant, souvent « trop facile », un allègement des traitements médicamenteux, une diminution du budget kiné pour les Ehpad et une plus grande autonomie des patients, du mieux-être... Cette évaluation, réalisée par l'Observatoire régional de santé (ORS) à la demande du ministre des sports, soutient cette initiative.

Olympiades

Ce projet fait des émules : 34 PASS vont être mis en place en Bretagne en 2013 à l'aide de financements de l'Etat, de l'Agence régionale de santé (ARS) et de la Caisse d'assurance-retraite et de la santé au travail (Carsat).

Autre effet positif : la formation d'éducateurs sportifs dédiés à cette population. Quarante-cinq ont été formés depuis 2007, et 50 Ehpad (sur 470 au total en Bretagne) emploient actuellement des éducateurs sportifs. « Dans ces Ehpad, l'activité physique est intégrée au projet d'établissement », précise le docteur Tregaro. Des olympia-

Chiffres

Vieillessement Le vieillissement de la population se poursuit en France. 23,7 % de la population avait plus de 60 ans (15,29 millions de personnes) au 1^{er} janvier 2012, dont 5,7 millions de personnes âgées de plus de 75 ans, selon l'Insee. Les plus de 75 ans passeraient à 12 millions en 2060, dont 5 millions de plus de 85 ans, pour une population de 74 millions d'habitants.

Alzheimer On compte en France 860 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Près de 60 % des personnes en affection de longue durée pour la maladie d'Alzheimer (420 000 personnes selon l'Assurance-maladie) prennent un traitement médicamenteux spécifique (données fin 2008). C'est en France que les patients ont le plus recours à ces médicaments, par rapport aux autres pays européens, avec 1 683 doses définies journalières (DDJ) pour 1 000 habitants, soit deux fois plus qu'en Allemagne.

Médicaments La consommation de médicaments augmente avec l'âge, elle est de 3,9 médicaments par jour pour les plus de 65 ans et de 4,4 médicaments par jour pour les plus de 80 ans. Le risque d'effets indésirables est supérieur, en raison d'une mauvaise observance, d'ordonnances trop longues, d'une forme galénique mal adaptée, de troubles cognitifs... chez les personnes de plus de 65 ans, où ils sont deux fois plus fréquents. Un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans et près de 40 % des plus de 85 ans consomment, de façon régulière, des benzodiazépines et apparentés, selon l'Assurance-maladie.

Iatrogénie 20 % des hospitalisations du sujet âgé sont dues à la iatrogénie, essentiellement liées aux médicaments cardiovasculaires et aux psychotropes, selon un document de la Haute Autorité de santé. Elle est deux fois plus fréquente que chez les sujets jeunes.

Les personnes actives physiquement font moins de chutes, qui sont sources d'hospitalisation chez les personnes âgées. L'association Siel bleu a aussi mis en place des ateliers de prévention des chutes grâce à des exercices spécifiques. ■

P. SA.