

LU POUR VOUS Diabète de type 2 et risque de démence

Cette étude populationnelle a suivi prospectivement une cohorte d'employés londoniens du gouvernement recrutés dans les années 1985-1988 et âgés entre 35 et 55 ans lors de leur inclusion (10095 participants dont 67,3% d'hommes). Le diagnostic de diabète a été posé sur la base d'une valeur de glycémie à jeun ≥ 7 mmol/l lors de sept examens

de contrôle effectués entre 1985 et 2016. Le diagnostic de diabète a également été recherché lors des consultations hospitalières enregistrées dans la base de données du NHS (National Health Service). Le diagnostic de démence a été retenu après consultation de trois registres nationaux ad hoc. D'autres données cliniques pertinentes susceptibles d'avoir une

influence propre sur la survenue d'une démence ont également été relevées: données sociodémographiques, IMC, consommation d'alcool, de tabac, de fruits et légumes journalière et quantification de l'activité physique. En outre, les items suivants étaient notés: HTA, prise de médicaments (médication cardiovasculaire, antidépresseurs, antiagrégants, hypolipémiants) et maladies cardiovasculaires (AVC, IC, coronaropathies). Après un suivi d'une durée moyenne de 31,7 ans, le taux de démences à l'âge de 70 ans était de 8,9 pour 1000 personnes/année pour les sujets sans diabète. Les taux de démences chez les patients diabétiques étaient corrélés au temps écoulé depuis le diagnostic: 10%/année pour un diagnostic posé dans les 5 ans et moins, 13,0%/année pour 6 à 10 ans depuis la découverte du diabète et 18,3%/année pour plus de 10 ans d'évolution. Après ajustement pour les facteurs sociodémographiques et médicaux décrits ci-dessus, cette relation restait hautement significative statistiquement.

Commentaire: L'intérêt de cette étude est qu'elle a suivi prospectivement des adultes sur une longue durée avec un dépistage systématique du diabète à intervalles réguliers. Plus le diagnostic de diabète a été posé jeune, plus le risque de démence augmente à 70 ans: il fait plus que doubler après 10 ans d'évolution. Même si cette étude ne permet en aucun cas de l'affirmer, il est raisonnable de supposer qu'un dépistage précoce du diabète et une prise en charge adéquate pourrait réduire ou retarder l'apparition des démences principalement dans la population gériatrique.

Dr Nicolas Blondel

HFR Fribourg, Hôpital cantonal, Fribourg

Coordination: Dr Jean Perdrix,

Unisanté (jean.perdrix@unisante.ch)

Barbiellini Amidei C, et al. Association between age at diabetes onset and subsequent risk of dementia. *JAMA* 2021;325:1640-9. doi:10.1001/jama.2021.4001



© istockphoto/PixelsEffect

CARTE BLANCHE**88000 RAISONS D'ÊTRE MÉCONTENTES DE L'HÔPITAL****Béatrice Schaad**

Cheffe du Service de communication
Direction générale
Rue du Bugnon 21, 1011 Lausanne
beatrice.schaad@chuv.ch

Dans les méandres des systèmes complexes, certains observateurs sans pouvoirs ni galons particuliers détectent avec une acuité remarquable les manquements,

les dérapages ou les accidents possibles. Tom Reader, professeur à la London School of Economics a eu la curiosité de s'intéresser aux informations à haute valeur sécuritaire et stratégique que collectent ces employés subalternes, ces utilisateurs lambda de services ou dans le cas qui nous intéresse, les patients.

Pour Tom Reader et ses acolytes, ces témoins peuvent repérer, de par leur position dans les institutions, des problèmes critiques au niveau de l'organisation du travail qui ne sont pas vus ou résolus par les cadres. Ils examinent les mécanismes

psychologiques et organisationnels, comme la culture institutionnelle, grâce auxquels de telles informations peuvent (ou non) remonter jusqu'aux instances dirigeantes; et en conséquence être utilisés pour améliorer les fonctionnements et prévenir les incidents. Après l'aviation, ces chercheurs se sont penchés sur l'hôpital et ont étudié 59 méta-analyses qui portaient sur 88000 sujets de mécontentements décrits dans ces études. De ce foisonnement de doléances, ils ont tiré une taxonomie de l'insatisfaction, soit une classification raisonnée de l'ensemble des critiques

formulées le plus fréquemment dans un hôpital. Sur cette base, le témoignage peut être rapporté dans les services grâce à des verbatim mais aussi sur une base statistique.

Ce dernier point est crucial. Si certaines institutions ont accepté d'ouvrir dans leurs murs des lieux pour se plaindre d'elles, c'est notamment dû aux travaux de cette équipe de chercheurs qui ont su – opération d'orfèvres – quantifier le vécu. En quelques sortes, pour pénétrer le Vatican, ils ont eu le génie de proposer la bonne soutane. En effet, lorsqu'il y a bientôt dix ans, nous avons pu



© istockphoto/upixxa

ouvrir au CHUV un lieu spécifiquement dédié à l'écoute des difficultés rencontrées à l'hôpital par les patients, les proches et les professionnels, la plus grande victoire a sans doute été que soit reconnue via ce lieu, l'importance de la perception, soit du vécu du patient ou des

professionnels relativement à celle de la vérité. Dans un hôpital universitaire où l'évangile est basé sur la notion de preuve, cette marque de reconnaissance faisait date.

Dans cet espace, il suffit en effet qu'un patient, ses proches ou un professionnel aient perçu

une situation comme difficile pour qu'ils soient reçus par des spécialistes du conflit. Les médiatrices et médiateurs ne font pas – au contraire de juristes hospitaliers par exemple – d'investigation pour vérifier si ce qui leur est raconté est vrai. Ils se fient au récit.

Appliquées à un établissement comme le CHUV, les recherches de Tom Reader ont aujourd'hui le net avantage de pouvoir quantifier la fréquence des doléances exprimées par les patients ou les professionnels, par exemple, le manque d'égard, les promesses non tenues – « on va vous faire telle ou telle opération » – qui ne vient jamais, les critiques interservices – « Quel est le médecin qui a eu l'idée de vous faire une intervention pareille? », etc. Mais surtout, l'analyse de ces plaintes permet également d'améliorer le suivi de la qualité et d'accroître la

sécurité clinique.

Culturellement, la perception a longtemps été opposée à la preuve. On mesure aujourd'hui combien le témoignage se révèle être un outil de gestion hospitalière riche en informations pour améliorer les prises en charge. Et potentiellement faire passer le nombre de raisons d'être mécontent de l'hôpital en dessous de la barre des 88000...

Tom Reader donne une conférence à l'Institut des Humanités en Médecine/CHUV, le 23 juin prochain, 17h30-19h00. Informations sur: www.chuv.ch/fr/ihm/ihm-home/evenements/conferences-de-lihm.

Lien pour visionner la conférence: <https://chuv.webex.com/chuv/j.php?MTID=mf2f63914dffab2cf1a35b45405db3381>

DÉPENDANCES EN BREF Service de médecine des addictions, CHUV, Lausanne

La gabapentine pour traiter le trouble lié à l'usage d'alcool et les symptômes de sevrage

Les options pharmacologiques pour traiter le trouble lié à l'usage d'alcool (TUA) sont limitées. La gabapentine pourrait améliorer le traitement des symptômes de sevrage à l'alcool au travers de mécanismes d'action hypothétique sur l'activité GABA et glutamate. Dans cet essai randomisé comparatif, les chercheurs ont évalué les effets de la gabapentine sur la consommation d'alcool pendant une période de 16 semaines chez 96 personnes avec TUA et des symptômes de sevrage,^a qui étaient abstinentes au début de l'étude, (les personnes avec des symptômes de sevrage aigus^b étaient exclues). Les participants ont été randomisés pour recevoir la gabapentine (jusqu'à 1200 mg par jour) ou un placebo. Tous ont également reçu neuf séances de brefs entretiens éducatifs et de soutien.

- Au suivi, 27% des participants qui avaient reçu la gabapentine ne rapportaient aucun jour de

consommation excessive d'alcool comparé à 9% de ceux qui avaient reçu le placebo. Il y avait aussi plus de personnes avec abstinence totale dans le groupe gabapentine (18%) comparé au placebo (4%).

- Dans les analyses secondaires, la gabapentine ne montrait un effet seulement chez les participants ayant des symptômes de sevrage à l'alcool plus nombreux comparés à ceux en ayant moins (basé sur une séparation des participants en deux groupes à la médiane pour les symptômes de sevrage à l'alcool présents au début de l'étude).

- Les participants dans le groupe gabapentine ont rapporté plus de vertiges comparé au groupe placebo.

- De manière générale, 30% des participants dans le groupe gabapentine et 39% dans le groupe placebo n'ont pas complété le traitement même s'ils étaient inclus dans les analyses finales.

Commentaires: Cette étude



© istockphoto/AndreyCherkasov

fournit des preuves que la gabapentine pourrait être utile dans le traitement du TUA chez les personnes avec des symptômes de sevrage d'alcool significatifs. Toutefois, ces résultats devraient être répliqués, notamment dans la mesure où les personnes avec des symptômes de sevrage aigus à l'alcool étaient exclues. L'efficacité potentielle devrait être balancée avec le risque d'usage (non médical) et le risque d'intoxication mortelle chez les personnes utilisant d'autres drogues.

Dr Nicolas Bertholet

(version originale anglaise et traduction française).

Anton RF, Latham P, Voronin K, et al. Efficacy of gabapentin for the treatment of alcohol use disorder in patients with alcohol withdrawal symptoms: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2020;180:1-9.

^a Mesurés par le biais d'une version modifiée de la « Alcohol Withdrawal Symptoms Checklist » (AWSC).

^b Défini comme un score ≥ 10 au « Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised » (CIWA-Ar).