

LA LETTRE DES UNITÉS DE SOINS ALZHEIMER N°15

Supplément de la Lettre Mensuelle de l'Année Gériatologique
réalisé avec le soutien des laboratoires EISAI/PFIZER

I.S.S.N. 1146-0318

Mars 2008

VERS UNE AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER DANS LES UNITÉS DE SOINS ALZHEIMER

La maladie d'Alzheimer (MA) fait partie de ces affections qui, par leur poids considérable, vont modifier nos filières de soins. Déjà de très nombreuses unités de soins Alzheimer ont vu le jour, qu'il s'agisse d'unité de court séjour Alzheimer, moyen séjour psycho gériatrique, d'hôpitaux de jour, de centres de jour Alzheimer, d'unités Alzheimer dans les EHPAD, et plus récemment des CMP et des CMRR. Un des enjeux actuels est d'apporter des éléments nouveaux qui permettront à ces structures de proposer selon leur spécificité un projet thérapeutique adapté à la prise en charge de la MA et de ses complications. Ce numéro spécial fait une synthèse de données récemment publiées dans la littérature en abordant des thématiques telles que les problèmes nutritionnels ou la prise en charge de la douleur. Une large partie de ce numéro sera également consacrée au problème de l'incontinence urinaire. Des travaux ont en effet démontré l'impact de ce trouble sur la qualité de vie des personnes âgées en institution et soulignent notamment les difficultés liées à sa prise en charge.

I - EFFICACITÉ D'UN PROGRAMME DE PROMOTION DES SOINS INSISTANT SUR LE MAINTIEN DE L'INTÉGRITÉ DES PATIENTS SUR LE POIDS ET LES CAPACITÉS FONCTIONNELLES AU COURS DE LA DÉMENCE

L'objectif principal du travail de Mamhidir et al (1) était d'étudier l'impact d'une intervention nutritionnelle sur l'évolution du poids chez des sujets présentant une démence modérément sévère à sévère vivant en maison de retraite, et d'analyser les relations possibles entre les variations de poids et certains paramètres biologiques et psychologiques, après une période d'intervention de trois mois. Ce travail s'est secondairement intéressé à décrire l'environnement du patient au moment du repas dans le cadre de l'intervention proposée. Deux maisons de retraite (une maison de retraite « intervention » et une maison de retraite « témoin »), présentant des caractéristiques identiques en terme de personnel soignant et de nombre de patients, ont été sélectionnées pour participer à cette étude. Les deux établissements ont reçu des repas préparés dans une même cuisine. Les caractéristiques médicales des deux groupes de patients étaient similaires ; leur prise en charge médicamenteuse n'a pas été modifiée durant l'étude.

La majorité des patients présentaient une démence modérément sévère à sévère. Les patients du groupe "intervention" présentaient à l'inclusion un poids variant de 31,5 à 76 kg (poids moyen 55,9 kg). A la fin de l'étude, le poids moyen des sujets était de 56,4 kg. Si l'on considérait l'évolution du poids pour chaque individu, on constatait que le gain de poids le plus important observé était de 7 kg, et le moins important de 0,6 kg. Dans le groupe témoin, le poids des patients variaient à l'inclusion entre 45 et 76,3 kg (poids moyen 62,5 kg). Le poids moyen a diminué au cours de l'étude pour atteindre 58,4 kg à la fin de l'étude. Aucune relation n'a été retrouvée entre les variations de poids et le type de démence. Les variations de poids ont été corrélées aux performances intellectuelles mesurées par l'échelle GBS ($r = -.574$, $p < .01$). Aucune corrélation significative n'a d'autre part été retrouvée entre les variations de poids et les modifications des concentrations de somatostatine (SRIF) dans le liquide céphalo-rachidien. Enfin, il ressortait de cette étude une amélioration des contacts entre le personnel et les patients au moment des repas.

Description de l'intervention

⇒ *une semaine de formation destinée au personnel soignant*

L'intervention a duré trois mois et a été initiée par une semaine de formation du personnel dans l'établissement du groupe intervention. Cette formation était dispensée par un psychologue et un professeur de soins infirmiers, et était basée sur les 8 stades de la théorie d'Erikson. Les principaux thèmes abordés étaient les relations humaines, le vieillissement normal, l'environnement, la communication, les interactions, le territoire humain, l'intégrité, la confusion et les troubles liés à la démence. Les trois principaux messages de cette formation étaient :

1/ Les soins doivent être délivrés de manière à ce que l'intégrité du patient soit protégée. La théorie d'Erikson a été présentée et son application dans la prise en charge des patients déments discutée. Le personnel a pu discuter en petits groupes de la façon dont les stades de la théorie pourraient promouvoir au mieux les soins au cours de certaines activités comme le repas, comment instaurer la confiance, comment maintenir l'autonomie et stimuler les propres initiatives du patient (par exemple : lui faciliter l'environnement, l'aider à être actif, à être indépendant pour s'alimenter,)

2/ Le personnel devait améliorer la qualité de sa communication; être attentif, laisser parler les patients, et leur répondre de manière intelligible au cours des soins. Le repas était décrit comme une situation devant répondre à deux objectifs : les patients devaient avoir assez à manger (aspect fonctionnel du repas) et, en même temps, leur intégrité devait être respectée (aspect relationnel).

3/ L'environnement devait être le plus calme possible, recréer une ambiance identique à celle du domicile et adapté au niveau de compréhension des patients.

⇒ *la phase d'intervention*

La période d'intervention s'est déroulée les trois mois suivants la semaine de formation. Un assistant de recherche passait la majeure partie de la journée dans les établissements et une infirmière de recherche visitait les établissements 3 à 4 fois par semaine. Ils ont pris part à la réorganisation des activités des équipes soignantes et les ont encouragées dans leur démarche. Les conférences réalisées au cours de la semaine de formation étaient filmées de manière à ce que le personnel puisse se remémorer la formation et de manière à former le nouveau personnel arrivant en cours d'étude. Des vidéos des équipes soignantes et des patients sur leur travail quotidien, réalisées avant le début de la formation, ont été utilisées comme support des discussions. Une fois l'étude terminée, le personnel des établissements témoins a reçu la même formation que celle proposée aux établissements du groupe "intervention".

II - DIFFÉRENCES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN INSTITUTION EN FONCTION DU STATUT COGNITIF

L'objectif du travail de Reynolds et al (2) était d'étudier les pratiques de prise en charge de la douleur en institution. Ce travail a été réalisé à partir des données recueillies chez 551 personnes âgées résidant dans 6 établissements de Caroline du Nord.

Vingt-quatre pour cent des personnes interrogées ont déclaré avoir souffert la semaine précédant l'enquête. La prévalence de la douleur évaluée par les infirmières était respectivement de 34%, 31%, 24% et 10% chez les sujets non déments, et chez ceux présentant une démence légère, modérée et sévère. Quatre-vingts pour cent des résidents sans atteinte cognitive recevaient un antalgique comparé à seulement 56% chez les résidents présentant une atteinte cognitive sévère ($P < 0.001$). Les sujets présentant une atteinte cognitive réclamaient moins souvent des traitements anti-douleur que les sujets non déments.

III - EFFET DE L'INCONTINENCE URINAIRE SUR LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES EN INSTITUTION

Les objectifs de l'étude de Dubeau et al (3) étaient : premièrement, de déterminer si les personnes âgées en institution présentant une incontinence urinaire avaient une qualité de vie plus mauvaise que les personnes continentes ; deuxièmement, de déterminer si les relations entre l'incontinence urinaire et la qualité de vie étaient influencées par le statut cognitif et le niveau de dépendance fonctionnelle ; et enfin, de déterminer si l'évolution des troubles de la continence était associée à un changement de la qualité de vie. Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective transversale et longitudinale (6 mois) réalisée à partir des établissements du Kansas, Maine, Missisipi, New York et Dakota du Sud entre 1994 et 1996. Tous les résidents concernés par les analyses étaient âgés de 65 ans et plus. L'incontinence urinaire a été définie par la survenue d'une fuite urinaire au moins deux fois par semaine sur une période de 3 mois. La qualité

de vie a été évaluée à partir de la MDS-derived Social Engagement Scale.

133 111 résidents ont été inclus. Des informations sur la présence ou non de troubles urinaires étaient disponibles pour 90 538 résidents. Parmi ces sujets, 58 850 (65%) ont été identifiés comme incontinents. L'incontinence urinaire était associée à une mauvaise qualité de vie chez les résidents présentant une atteinte cognitive modérée et une altération fonctionnelle. La survenue d'une incontinence ou l'aggravation de l'incontinence sur une période de 6 mois était associée à une aggravation de la qualité de vie (OR=1,46 ; IC 95% = 1.36 – 1.57) et était le deuxième facteur prédictif d'une mauvaise qualité de vie après le déclin cognitif et fonctionnel.

IV - PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DE L'INCONTINENCE URINAIRE EN INSTITUTION

Dans leurs travaux, Narayanan et al (4) se sont intéressés à la prise en charge de l'incontinence urinaire en institution, et plus particulièrement au traitement thérapeutique proposé. Il s'agit de l'analyse rétrospective des dossiers des admissions réalisées entre janvier 2002 et décembre 2003 sur un total de 373 établissements. Les résidents ont été identifiés comme incontinents à partir d'une des évaluations réalisées au cours de leur séjour (score à la toilette ≤ 2 sur 5 à l'échelle « Minimum Data Set ou MDS » et/ou un score ≤ 3 sur 7 à l'échelle « Cognitive Performance Score ou CPS »). Les résidents ont été divisés en deux groupes : non traités et traités (traitements considérés : tolterodine, oxybutynine [comprimés et patch transdermiques], desmopressine, flavoxate).

Durant la période d'étude, 58 216 admissions ont été recensées dans les 373 établissements ; 31 219 sujets (54%) ont été identifiés comme présentant une incontinence urinaire sur la base de la MDS. La population d'étude comprenait 25 140 résidents qui présentaient les critères MDS pour l'incontinence urinaire (80,5% du nombre total de sujets incontinents) mais qui étaient autonomes pour aller aux toilettes et/ou qui ne présentaient pas d'altération cognitive sévère. Ces sujets étaient généralement âgés de 60 ans et plus (95,2%), de sexe féminin (65,1%), et présentaient une incontinence fréquente ou totale (63,1%). Le traitement non pharmacologique comprenait des protections (76,8%), traitements comportementaux avec tenue d'un calendrier mictionnel (31,9%) et/ou une rééducation vésicale (2,8%). Seulement 1752 sujets (7,0%) recevaient un traitement pharmacologique. Les résultats de l'analyse multivariée ont montré que les facteurs qui étaient significativement associés à la mise en œuvre d'un traitement pharmacologique étaient le sexe féminin, la présence d'une incontinence urinaire fréquente ou complète (MDS catégorie 3 et 4), la constipation et le recours à des programmes de rééducation et d'aides à la marche. En conclusion, les résultats de cette enquête montrent que la mise en route d'un traitement pharmacologique spécifique de l'incontinence urinaire dépend des caractéristiques des personnes âgées et notamment de leur mobilité et de leurs fonctions cognitives.

V - L'INCONTINENCE URINAIRE : UNE AFFECTION GÉRIATRIQUE NÉGLIGÉE EN INSTITUTION

L'incontinence urinaire est fréquente mais insuffisamment évaluée et traitée en institution. L'objectif de l'étude de Lawhorne et al (5) était d'avoir une meilleure connaissance de la perception de l'importance de l'incontinence urinaire et de sa prise en charge dans les institutions comparé aux autres troubles gériatriques. Ce travail devait par ailleurs s'intéresser aux difficultés exprimées par le personnel soignant face à ce type de trouble en considérant chaque catégorie socioprofessionnelle (médecins, gériatres, directeur d'établissement et cadres infirmiers, infirmières,...).

Les réponses obtenues ont été collectées auprès de 395 médecins (taux de réponse : 31%), 152 cadres infirmiers (taux de réponse : 34%), 118 gériatres (taux de réponse : 23%) et 277 infirmières (taux de réponse : 60%). Les médecins, les gériatres et les cadres infirmiers ont évalué et pris en charge l'incontinence urinaire cinq fois moins que les autres syndromes gériatriques, comme notamment les symptômes comportementaux de la démence, les chutes, la perte de poids involontaire, la douleur et le délire. Les infirmières étaient au contraire plus souvent impliquées dans la prise en charge de l'incontinence urinaire que dans celle des cinq autres syndromes gériatriques évoqués ci-dessus. L'ensemble des 4 catégories professionnelles interrogées s'accordaient sur le fait que l'incontinence urinaire avait moins d'effet sur le devenir des résidents que les cinq autres syndromes.

En s'appuyant sur les coûts des soins et de la prise en charge, les cadres infirmiers ont identifié l'incontinence urinaire comme le problème majeur ; les infirmières comme le troisième problème après les chutes et la douleur ; les médecins et les gériatres comme le quatrième problème après les chutes, les troubles du comportement et le délire. En considérant l'impact sur la qualité de vie, l'incontinence urinaire a été classée en quatrième position par les gériatres et les cadres de santé, en cinquième position

par les médecins et en deuxième position après la douleur pour les infirmières.

Plusieurs explications ont été proposées et expliquent les différences de perception observées selon les catégories socio-professionnelles. Les médecins et gériatres sont gênés par l'absence de traitement pharmacologique ou d'interventions non pharmacologiques efficaces ; les cadres infirmiers évoquent le manque de temps pour évaluer et prendre en charge l'incontinence. Les médecins, les gériatres et les cadres de santé sont plus à même de s'impliquer dans l'évaluation et la prise en charge des troubles comportementaux de la démence, de la douleur, des chutes, du délire et de la perte de poids que de l'incontinence urinaire. Les infirmières restent en première ligne pour assurer la prise en charge car elles perçoivent l'incontinence urinaire comme un trouble ayant un impact important sur la qualité de vie.

Références : (1) Mamhidir AG et al, « Maladie d'Alzheimer : Recherche et Pratique Clinique » 2008 (Serdi Edition, Paris) ; (2) Reynolds KS et al J Pain Symptom Manage 2008 Feb 13 (Epub ahead of print) ; (3) Dubeau CE et al. J Am Geriatr Soc. 2006 Sep;54(9):1325-33 ; (4) Narayanan S et al. J Am Med Dir Assoc. 2007 Feb;8(2):98-104 ; (5) Lawhorne LW et al. J Am Med Dir Assoc 2008 ; 9, 1 : 29 - 35

6^e congrès national

19, 20 décembre 2008

**Hôtel Méridien
Montparnasse - Paris**

**sur les unités spécifiques
Alzheimer face à la nouvelle histoire
naturelle de la maladie**

Vendredi 19 Décembre :

Programme Provisoire

10h30-11h00 : Introduction: *F Forette, C Mékies, B Vellas*

11h-12h30 : Les SCU et la forme prédémentielle de la maladie d'Alzheimer. Modérateurs : *B Dubois, E Salmon, J-P Delabrousse*

- Le stade de la plainte mnésique : *J-F Dartigues*
- Le syndrome de fragilité et les premiers troubles cognitifs : *Y Rolland*
- Le diagnostic au stade pré-Alzheimer : *B Dubois*

12h30-14h : Posters

14h-15h30 : Les SCU face aux complications actuelles de la maladie d'Alzheimer. Modérateurs : *JP Aquino, B Laurent, A Jager*

- Le devenir à 4 ans juste avant le plan Alzheimer : Données de Réal-Fr : *B Vellas*
- Les recommandations de la HAS : *F Pasquier*
- Les résultats du PHRC Plasa (Plan de soin et d'aides sur la maladie d'Alzheimer) : *F Nourhashémi*

16h-17h30 : Ateliers

- Prévention de la maladie d'Alzheimer chez la personne âgée fragile : *S Andrieu, J Touchon, G Abellan, O Hanon*
- Le diagnostic au stade pré-Alzheimer : *B Dubois, P-J Ousset, O Moreaud, E Salmon, P De Facq*
- Le Plan de Soins et d'Aides : *S Gillette, F Nourhashémi, F Portet, C Dumont*
- Nutrition et maladie d'Alzheimer : *O Guerin, M Ferry*

16h-19h : Le médecin généraliste : le repérage et le suivi du patient Alzheimer au stade léger : *C Mékies, S Bismuth, JP Becq, P Chassagne, C Thomas-Antérion, J Belmin*

17h30-18h30 : Posters

Samedi 20 Décembre

9h-10h30

- Quelles thérapeutiques en 2008 ? : *M Ceccaldi, P Prince*
- Quand initier et arrêter le traitement ? : *J Touchon*
- Le traitement des complications psychiatriques de la maladie d'Alzheimer : Quelle évidence Base médecine : *P Robert*
- La démence sévère aujourd'hui : réserves et attentes : *P Jouanny, A-S Gillioz*

10h30-11h : Pause

11h-12h30 : Ateliers

- Les traitements de la maladie d'Alzheimer de nos jours : *J Touchon, F Sellal, B Defontaines, P Homeyer*
- REHPA (Réseau de recherche en EHPAD) et démences : *Y Rolland, C Jeandel*
- Equipes mobiles de suivi des démences sévères en SCU : *T Voisin, H Villars, M Verny, JM Vetel*
- Les unités de soins aigus Alzheimer : *M Soto, S Andrieu, M Sécher*
- Formation de l'Institut Alzheimer : Comorbidité et Alzheimer : *P Chassagne, J Touchon*

Renseignements et inscriptions : www.uspalz.com ; Europa Organisation : tél. 05 34 45 26 45, Fax. 05 34 45 26 46