

LA LETTRE DES UNITÉS DE SOINS ALZHEIMER N°21

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

I.S.S.N. 1146-0318

Avril 2009

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. Dans ce supplément, nous aborderons le problème des cris en institution et les modes de prise en charge des troubles du comportement proposés et actuellement discutés dans la littérature (formation du personnel soignant dans les EHPAD, création d'équipe mobile de suivi des démences sévères au sein des unités de soins aigus Alzheimer). Le problème des cris chez le patient âgé est un sujet délicat et fréquent, notamment en établissements d'hébergement, et dont la prise en charge s'avère bien souvent complexe. Les conséquences des troubles sont parfois importantes et concernent le patient lui-même, son entourage mais aussi le personnel soignant. La littérature internationale, principalement anglo-saxonne, permet d'extraire des facteurs médicaux, sociaux et environnementaux corrélés à la survenue des cris. Les prises en charge proposées sont bien souvent d'ordre relationnel et associent généralement une conjugaison d'interventions qui viennent répondre à une situation individuelle, évaluée de façon globale et multidisciplinaire.

I - LE PROBLÈME DES CRIS EN INSTITUTION

Dans leurs travaux, Zirnelt J et Berger P⁽¹⁾ ont réalisé une revue de la littérature dans le but d'étudier les facteurs démographiques, médicaux, sociaux et environnementaux liés à la survenue des cris. Ils ont cherché à identifier les caractéristiques des crieurs, les circonstances d'apparition des cris et les conséquences des cris afin de proposer des recommandations pour l'évaluation des patients et leur prise en charge.

Caractéristiques des patients crieurs

Le diagnostic de démence est très souvent retrouvé chez les patients crieurs avec une fréquence allant jusqu'à 99% des sujets crieurs étudiés (n=203). Il s'agit le plus fréquemment de cas de démence vasculaire et fronto-temporale. Les cris peuvent également être liés à la présence de pathologies douloureuses, d'états confusionnels, de syndromes dépressifs, de pathologies cérébrales organiques (processus tumoral, accident vasculaire cérébral), de retards mentaux ou enfin de psychoses. Les douleurs, notamment rhumatismales, sont citées comme significativement liées à la présence de cris et sont donc à rechercher de façon systématique lors de l'examen somatique initial. Certains auteurs soulignent la possible fluctuation des troubles, notamment leur recrudescence lors d'épisodes aigus intercurrents comme un phénomène infectieux, un état anxio-dépressif surajouté ou bien encore la survenue de douleurs. Des troubles dépressifs sont en particulier signalés dans l'ensemble des travaux et évalués à 24% des cas. D'autres syndromes gériatriques comme les chutes et l'incontinence sont mentionnés. Les troubles du sommeil et les réveils nocturnes, en particulier par le personnel soignant, sont aussi fréquemment retrouvés. Concernant les prises médicamenteuses, la majorité des études retrouvent une significativité entre la consommation de psychotropes (halopéridol, thioridazine, acetaminophène non psychotrope) et la survenue des cris. Enfin, des travaux ont pu démontrer une relation

* Éditions SERDI, Secrétariat Scientifique : Tél. 05 61 75 79 12, Fax 05 61 75 11 28 - E-mail: serdi@serdi-fr.com, Site Web: <http://www.serdi-fr.com> -
Directeur de la Publication : P.M. Vellas - Reproduction interdite-Tous droits réservés

entre les cris et une contention physique récente.

Circonstances d'apparition des cris

Des travaux se sont intéressés aux horaires de survenue des cris. D'après ces données, les cris semblent survenir plus fréquemment entre 19h30 et 23 heures (moment de solitude), ou le matin (moment des toilettes, des levers, des transferts). Il est montré que les cris surviennent également lorsque le patient est seul dans sa chambre ou bien aux toilettes. L'identité du tiers présent semble intervenir dans la survenue des cris avec une recrudescence lors de la présence d'un soignant. En revanche, la présence d'un autre résident semble atténuer les troubles comme l'audition de musique.

Conséquence des cris

Les cris ont des répercussions sur le patient lui-même et son entourage familial, sur les autres résidents, et sur le personnel soignant. Il a en particulier été montré que les patients crieurs avaient un nombre de visites extérieures inférieur aux autres résidents, qu'ils avaient moins de contact avec ceux-ci, et qu'il existait une altération des relations avec le personnel soignant. Il apparaît également que l'entourage rend également moins visite à ces patients. Pour le personnel soignant, le risque est celui d'un « burn out », avec le risque de négligence voire de maltraitance envers le patient. Les témoignages des soignants font état d'un sentiment d'échec, de frustration, d'anxiété, d'exaspération, de lassitude, d'impatience et de travail non accompli.

Proposition d'évaluation du patient âgé crieur et recommandations pour leur prise en charge

L'évaluation du patient âgé crieur doit se dérouler en 7 étapes et prendre en compte : 1/ la description des troubles (qui, quoi, où, quand) ; 2/ l'analyse des cris, leurs contenus, leur tonalité et les émotions exprimées ; 3/ l'analyse des situations environnementales et physiologiques favorisant les cris ; 4/ l'évaluation somatique et cognitive ; 5/ la reprise de l'anamnèse personnelle et médicale ; 6/ l'identification des interventions diminuant les cris ; et 7/ l'établissement d'une prise en charge communiquée à l'ensemble des intervenants. Cette évaluation devra être répétée et les modalités de prise en charge réadaptées selon les cas.

Le tableau 1 résume différentes propositions énoncées lors d'une conférence d'experts en 1996⁽²⁾.

Tableau 1
Recommandations pour la prise en charge des patients crieurs⁽²⁾

Éléments favorisant les cris	Proposition de prise en charge
Excès de stimulation	Prise en charge lente, calme, favorisant les échanges individuels, évitant les repas et activités de groupe. Utilisation de lumière douce non aveuglante.
Défaut de stimulation	Activités de groupe, compensation des déficits sensoriels, amplification des sons, utilisation de lumière forte, de peluches, d'objets de transferts. Essai d'aromathérapie.
Inconfort et douleurs	Soulagement des douleurs. Recherche des gênes cutanées, phanériennes et positionnelles. Proposition de boissons, d'aliments, de massages.
Restriction des mouvements	Déambulation, accompagnement du patient à l'extérieur, éviter toute contention.
Pathologie psychotique	Résolution d'éventuels troubles sensoriels, emploi de neuroleptiques.
Dépression	Thérapeutique anti-dépressive, technique de réassurance, échanges individuels.
Détresse psychologique	Éviter un excès de stimulation, favoriser les massages, rassurer le patient. Constance de la prise en charge et des soignants si possible. Audition de voies proches, de battements cardiaques, utilisation d'objet de transfert ou essai de musicothérapie.
Fatigue	Limitation des activités et des visites.
Éléments non spécifiques	Prise en charge spirituelle, emploi de pièces insonorisées, multiplicité des types de prise en charge (comportementaliste, médicamenteuse, environnementale), rappel aux soignants de l'aspect pathologique des cris.

La prise en charge des patients âgés crieurs ne peut s'envisager que de façon multidisciplinaire. Elle passe par une évaluation globale du patient et de ses troubles, dont le but est de proposer un projet de soin personnalisé associant une conjugaison d'interventions.

II - TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX DES TROUBLES DU COMPORTEMENT EN EHPAD. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE TNM

Les symptômes psychologiques et comportementaux font partie intégrante du tableau clinique de la maladie d'Alzheimer (MA) et des pathologies apparentées. Les troubles dits positifs (hyperactivité et symptômes psychotiques) sont particulièrement perturbants pour les patients à un stade sévère de la pathologie et résidants en EHPAD. Les traitements pharmacologiques ont une efficacité modeste et des effets secondaires non négligeables. Il est donc important de mettre en avant les approches non pharmacologiques. L'objectif de l'étude TNM (Traitements Non Médicamenteux), réalisée en EHPAD sous l'égide de la Direction Générale de la Santé, était d'évaluer l'efficacité à court et moyen terme d'une stratégie de formation sur les troubles du comportement chez des patients présentant une MA, ou une pathologie apparentée, et vivant en EHPAD⁽³⁾. Il s'agit d'une étude randomisée, contrôlée, réalisée dans 16 EHPAD hébergeant au total 1369 personnes. Trois cent six patients présentant une MA, ou une pathologie apparentée, et des troubles du comportement ont été évalués à l'inclusion dans l'étude, à 8 semaines et à 20 semaines. Les 16 EHPAD ont été réparties en deux groupes : dans le groupe intervention, l'équipe bénéficiait d'une formation théorique, de séances d'accompagnement à raison de deux fois par semaine pendant 1 mois, puis une fois par semaine le deuxième mois de l'intervention, et recevait des fiches résumées des conduites à tenir. Dans le groupe témoin, les équipes devaient fonctionner en conservant leurs pratiques habituelles. Les évaluations ont été réalisées par des cotuteurs indépendants. Les évaluations de la fréquence et de la sévérité des troubles étaient réalisées à l'aide du NPI, de l'échelle d'agressivité de Cohen-Mansfield, et d'une échelle d'observation directe du patient. Dans le but d'avoir une évaluation précise des symptômes les plus graves, une sélection a été effectuée afin d'évaluer le nombre de patients ayant un score supérieur à 7 sur 12 à l'un des items du NPI. Parmi les sujets recrutés, 222 (73%) atteignaient ce niveau de gravité des troubles. Seuls les patients vivant dans les EHPAD ayant bénéficié de la formation ont présenté une diminution significative des scores à l'échelle de Cohen-Mansfield et à l'échelle d'observation. Aucun changement n'était observé dans le groupe témoin. Le bénéfice observé dans le groupe intervention était maintenu trois mois après l'arrêt du programme de formation.

III - PLACE D'UNE ÉQUIPE MOBILE DE SUIVI DES DÉMENCES SÉVÈRES EN UNITÉ DE SOINS AIGUS ALZHEIMER. EXPÉRIENCE DU GÉRONTOPOLE DE TOULOUSE

La première unité de soins aigus Alzheimer a été créée à Toulouse en 1996 avec trois missions majeures : le diagnostic des cas difficiles, la gestion des complications aiguës et le traitement des pathologies intercurrentes. L'unité accueille actuellement de plus en plus de patients présentant des troubles sévères du comportement, comme notamment l'agressivité, pour lesquels les réhospitalisations précoces sont souvent fréquentes. Face à cette évolution, le Gérontopôle a mis en place en janvier 2008 la première équipe mobile de suivi des démences sévères⁽⁴⁾. Cette équipe est composée d'une IDE et d'un médecin. Son action s'adresse à une population « cible » au sein de la population de l'unité de soin aigu Alzheimer, et concerne principalement : les patients qui présentent des symptômes psychocomportementaux sévères (agitation, agressivité), les patients qui entrent en institution et avec l'un de ces symptômes, ceux dont l'aidant souffre d'épuisement et enfin ceux qui vivent seuls à domicile. La prise en charge clinique est essentiellement centrée sur la prévention des complications de la maladie (comportementales, chutes, dénutrition) et sur l'utilisation des capacités fonctionnelles restantes. L'équipe axe également son action sur le soutien de l'aidant. Le plan de suivi est individualisé et comprend d'une part des contacts fréquents et réguliers entre l'équipe et la personne ressource du patient et d'autre part la possibilité d'interventions. Après évaluation clinique du patient, le projet de suivi est présenté, à sa sortie, au médecin traitant, à la famille, aux IDE ou au médecin coordonnateur et à l'IDE coordonnatrice selon que le patient vit à domicile ou en EHPAD. A sa sortie, les contacts sont réalisés par téléphone, par l'IDE de l'équipe dans la semaine qui suit puis à 1 mois, 3 mois et 6 mois et par le médecin en consultation dans le mois puis deux fois par an. Les différents intervenants ont la possibilité de contacter l'équipe sur un téléphone portable. Ces appels peuvent donner lieu à une intervention téléphonique (gestion non pharmacologique des troubles du comportement, dénutrition, soutien de l'aidant, information sur les aides,...) associée à un appel au médecin traitant en cas de proposition pharmacologique, une consultation « urgente » avec le médecin de l'équipe, ou à un déplacement pour consultation sur le lieu de vie du patient.

Tableau 2
Présentation des caractéristiques des patients suivis dans l'équipe mobile

Patients pris en charge par l'Equipe mobile (n=169)		Patients hospitalisés en Unité de Soins Aigus Alzheimer (n=492)	
Age, (ans)	81,2 ± 8,1	Age (ans)	81,0 ± 8,0
Sexe, (% femmes)	60,4	Sexe (% femmes)	62,0
Sévérité de la démence (MMSE), %		Sévérité de la démence (MMSE), %	
légère	14,1	légère	19,0
modérée	42,3	modérée	53,0
sévère	38,9	sévère	28,0
Statut nutritionnel (MNA), %		Statut nutritionnel (MNA)	17,9 ± 5,0
dénutrition	46,7		
à risque	44,1		
normal	9,2		
Autonomie (ADL),%		Autonomie (ADL)	3,7 ± 1,7
0-2	22,9		
2-4	25,9		
4-6	51,2		

De Janvier à Novembre 2008, l'équipe a pris en charge 184 patients parmi les 445 patients hospitalisés au sein de l'unité de soins aigus Alzheimer soit 41,3%. Les caractéristiques de ces patients sont présentées dans le tableau 2. Quatre vingt pour cent des patients pris en charge par l'équipe mobile présentent une complication psycho-comportementale ; les plus fréquentes étant l'agitation (88% des cas), l'agressivité (79%), l'anxiété (43%) et les troubles du sommeil (40%). Une réflexion est dès à présent engagée sur l'évaluation de l'équipe mobile, notamment en termes de performance. Les premières analyses des patients suivis suggèrent par ailleurs que le type de suivi doit être adapté en fonction de la provenance des patients (domicile ou institution).

III - MODIFICATION DE L'ÉQUILIBRE ORTHOSTATIQUE DANS LES SITUATIONS DE DOUBLE TÂCHE CHEZ DES PATIENTS ALZHEIMER. BÉNÉFICE POTENTIEL D'UNE PRATIQUE HEBDOMADAIRE DE TAI CHI

Dans leurs travaux, Ramanantsoa et al⁽⁵⁾ ont étudié les effets d'une pratique hebdomadaire de Tai Chi sur l'équilibre orthostatique de patientes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA). L'hypothèse principale de cette étude était que cette pratique améliorerait les capacités des patientes à gérer leur équilibre orthostatique en situation de tâche cognitive additionnelle (au simple maintien de l'équilibre). Les tâches cognitives habituelles étaient de trois types : (1) comptage de 2 en 2 ; (2) comptage à l'envers à partir d'un nombre arbitraire en soustrayant 1 à chaque fois ; (3) tâche de fluence verbale (recherche catégorielle). Ces différentes tâches ont été comparées entre elles ainsi qu'à la situation simple maintien de l'équilibre orthostatique. La population Alzheimer « Tai Chi » (n=30) a été comparée à une population Alzheimer ne pratiquant pas cette activité corporelle (n=20). Ces deux populations ont également été comparées à une population âgée en bonne santé. Les résultats ont montré que les scores des populations saines et pathologiques ne se différençaient pas dans la situation simple maintien de l'équilibre (sans tâche cognitive additionnelle). Ces scores se différençaient dès l'ajout d'une tâche additionnelle ; l'effet de la tâche additionnelle dépendait de la nature de la tâche et était sensible au degré d'atteinte de la maladie. Chez les patients Alzheimer, la situation de double tâche semble donc avoir un effet préjudiciable sur l'équilibre orthostatique. La comparaison des résultats pré et post test devraient permettre de vérifier si une pratique hebdomadaire de Tai Chi est suffisante pour améliorer chez ces malades leurs capacités à gérer les situations de double tâche.

Références: (1) Synthèse de la revue de la littérature proposée par Julien Zirnelt et Pierre Berger, et publiée dans la Revue de Gériatrie, Tome 34, N° 1 Janvier 2009 ; (2) Sloane P, Davidson S, Bickwalter K et al. Management of the patient with disruptive vocalization. The Gerontologist 1997 ; 37 : 675 - 682 ; (3) Robert P ; Communication orale présentée lors du 6ème Congrès National des Unités Spécifiques de Soins Alzheimer, Paris 19-20 décembre 2008 ; (4) Villars H ; Communication présentée lors du 6ème Congrès National des Unités Spécifiques de Soins Alzheimer, Paris 19-20 décembre 2008 ; (5) Ramanantsoa MM et al ; Communication présentée lors du 6ème Congrès National des Unités Spécifiques de Soins Alzheimer, Paris 19-20 décembre 2008