



Vivre seul à domicile atteint d'une maladie d'Alzheimer et le risque d'événements péjoratifs : résultats de l'étude PLASA

Maria Soto^{1,2}, Sandrine Andrieu^{2,3,4}, Valérie Gares², Adelaïde de Mauléon^{1,2},
Sophie Gillette-Guyonnet^{1,2,3}, Christelle Cantet^{1,2,4}, Bruno Vellas^{1,2,3},
Fati Nourhashémi^{1,2,3}

¹ Pôle de Gériatrie, Gérontopôle, CHU Toulouse

² Inserm UMR 1027, F-31073 Toulouse

³ Université Toulouse III, F-31073 Toulouse

⁴ Département d'épidémiologie et de santé publique, CHU Toulouse

Rationnel et objectif

- **Un tiers des personnes atteints d'une MA vit seul à domicile**

Ebly et al., 1999. Prescop et al., 1999; Nourhashemi et al., 2005; Vellas et al., 2012.

- **Problématique: « sécurité vs. droit d'autonomie et d'indépendance »**

Lowe et al., 2000

- **Politiques de santé: « le maintien à domicile le plus longtemps possible »**

Moise et al., 2004

- **La décision finale repose fréquemment sur le clinicien**

- **Peu de données pour aider à la prise de décisions cliniques**

- **Objectif: étudier si le fait de vivre seul à domicile est prédictif d'hospitalisations, d'institutionnalisations, de perte de poids ou de décès, parmi des patients atteints d'une MA à un stade léger à modéré-durant un suivi de 2 ans.**

2015 © Congrès National des Unités d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Méthodes

Schéma d'étude:

- Etude PLASA (Plan de Soins et d'Aide dans la MA), essai clinique non pharmacologique, multicentrique nationale avec un suivi à 2 ans
- 50 centres mémoires en France
- 2 groupes: contrôle (visites annuelles) et intervention (visites semestrielles)

Nourhashémi et al., 2010

Population d'étude

- 1131 Patients atteints d'une probable MA vivant à domicile
- MMSE entre 12 et 26
- Aidant clairement identifié

Données recueillies: Evaluation neuro-gériatrique standardisée

- Données sociodémographiques, cliniques, comorbidités, traitements
- Les hospitalisations, institutionnalisations, perte de poids et décès de l'année précédente ont été recueillis.

Méthodes: analyses statistiques

- **4 modèles de Cox pour chaque variable à expliquer (événement indésirable):**
 - ✓ Hospitalisations
 - ✓ Perte de poids
 - ✓ Institutionnalisation
 - ✓ Décès
- **Variable explicative: vivre seul vs. vivre avec quelqu'un**
(variable temps dépendant)
- **Facteurs de confusion:** l'âge, le sexe, le temps écoulé depuis le diagnostic, médicaments antipsychotiques, nombre de médicaments autre que le médicament pour la démence, les ressources, les aides à domicile, le nombre de comorbidités, ADCS-ADL
- $p < 0.05$ et intervalle de confiance à 95%. SAS 9.3

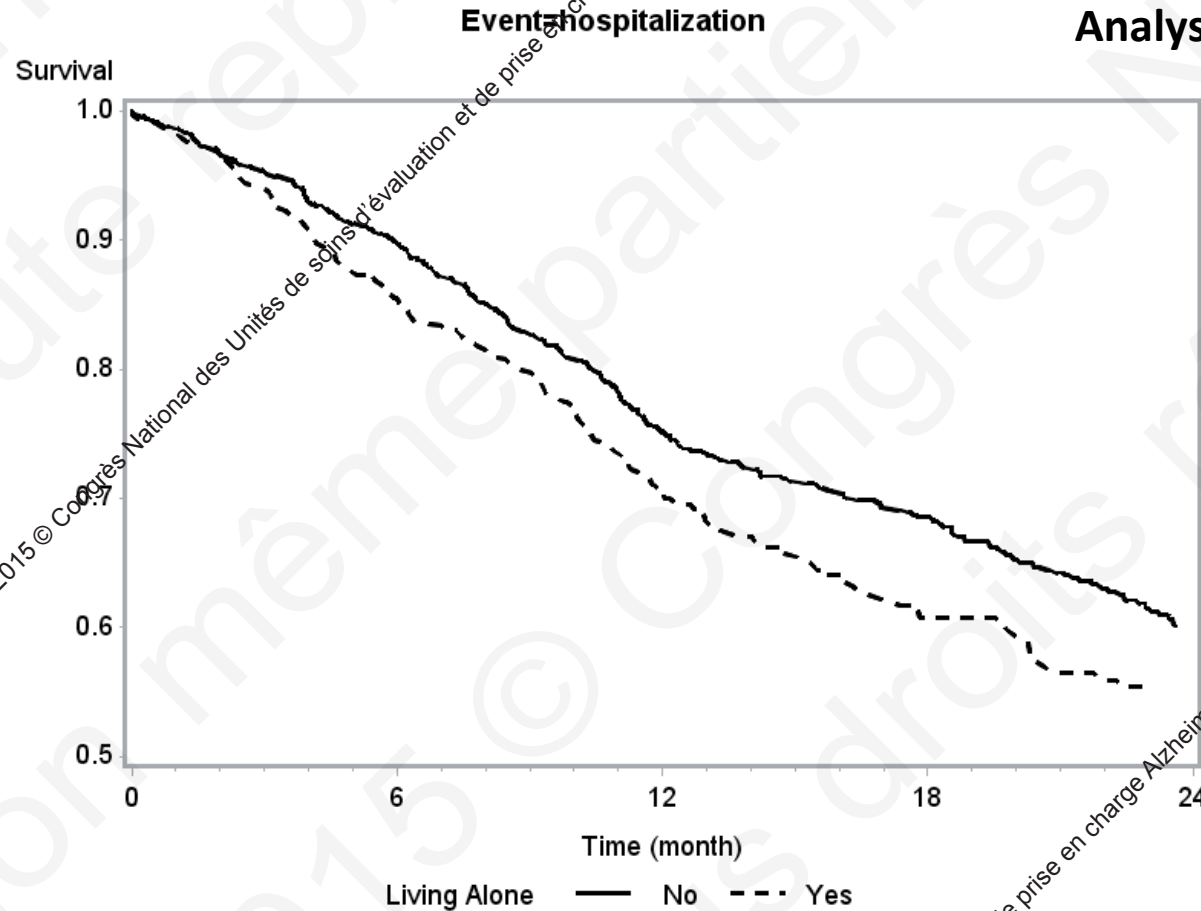
Caractéristiques des patients atteints d'Alzheimer selon les conditions de vie (N=1131)

	Patients vivant seuls (n=348)	Patients vivants avec d'autres (n=783)	p
Age, (SD)	81.1 (5.2)	79.0 (5.8)	<.0001
Sexe, femmes, n(%)	314 (90.2)	463 (59.1)	<.0001
MMSE, (SD)	19.8 (3.9)	19.7 (4.1)	0.4562
ADCS-ADL	59.9 (12.5)	49.6 (16.6)	<.0001
Traitement spécifique Alzheimer, n(%)	338 (97.1)	754 (96.3)	0.4800
Nombre de traitements	3.6 (2.2)	4.1 (2.3)	0.0043
Médicaments psychotropes N (%)			
Antipsychotique	13 (3.7)	56 (7.2)	0.0267
Anxiolytique	59 (17.0)	118 (15.1)	0.4210
Hypnotique	18 (5.2)	54 (6.9)	0.2730
Antidépresseur	143 (41.1)	297 (37.9)	0.3142
Nombre de maladies chroniques N (%)			0.0960
0 Maladie chronique	37 (10.7)	92 (11.8)	
1 Maladie chronique	74 (21.5)	218 (27.7)	
2 Maladies chroniques	102 (29.6)	212 (27.6)	
> 3 Maladies chroniques	132 (38.3)	252 (32.8)	
Aides à domicile, N (%)			
Aides médicales	304 (88.4)	671 (85.8)	0.2444
Autres types d'aides	223 (64.1)	370 (47.4)	<.0001
Ressources (euros/mois) , N (%)			<.0001
<1525	246 (71.0)	349 (46.3)	
1525-2300	62 (18.1)	196 (26.0)	
>2300	34 (9.9)	209 (27.7)	

2015 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Vivre seul et le risque d'hospitalisation

Courbe de survie (Kaplan Meier)
Analyse par mois

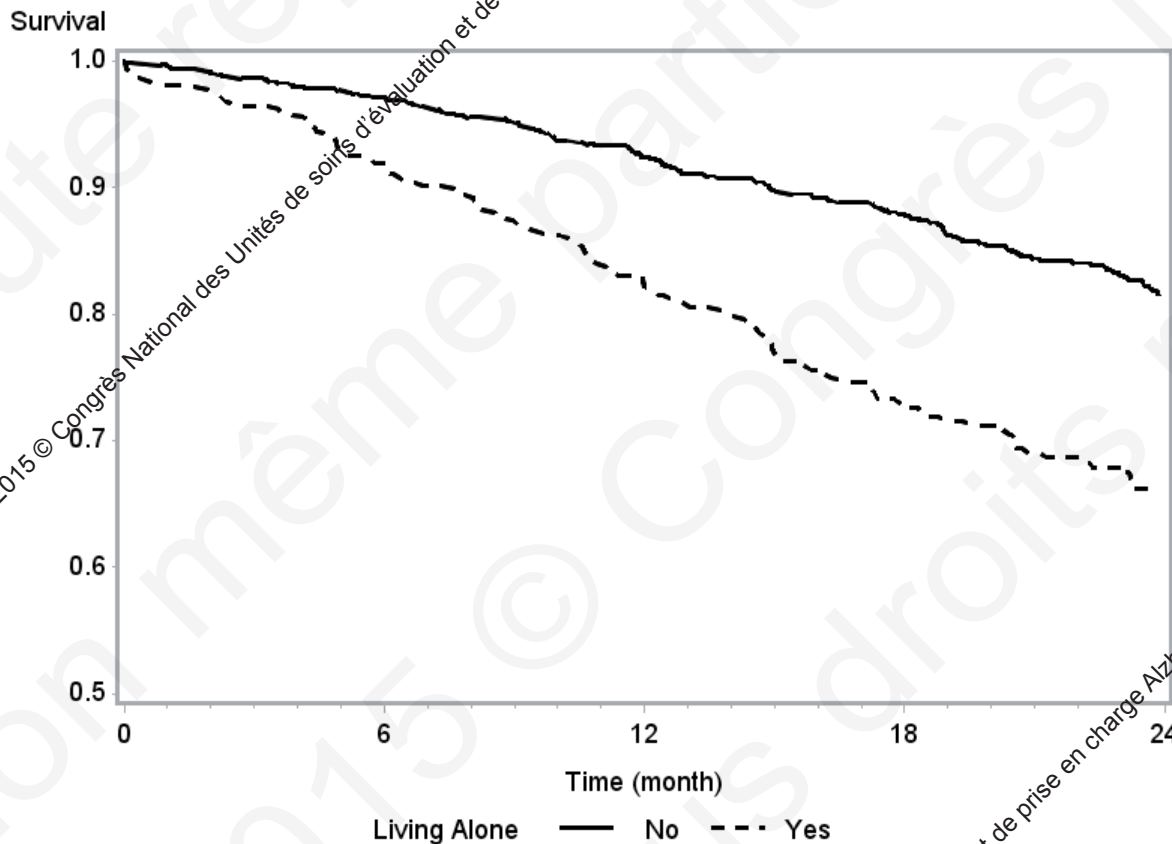


HR ajusté =1.33, 95%CI=1.01- 1.74

Vivre seul et le risque d'institutionnalisation

Courbe de survie (Kaplan Meier)
Analyse par mois

Event Institutionalization



HR ajusté = 2.53, 95%CI=1.84- 3.47

Résultats (2)

- « Vivre seul » **n'est pas associé** à un risque accru de perte de poids (HR=1.14, 95%CI=0.79-1.65) ni de décès (HR=0.60, 95%CI=0.32 – 1.11)
- **Effet protecteur** d'une bonne autonomie fonctionnelle sur l'institutionnalisation (HR=0.97, 95%CI=0.96 – 0.98) et la mortalité (HR=0.97, 95%CI=0.96– 0.99)

Discussion

- Institutionnalisation « précoce »: par sécurité?

Yaffe et al., 2002; Wattmo et al., 2011; Eby et al., 1998;

- Hospitalisations: études interventionnelles sont nécessaires afin d'analyser si la présence d'un suivi rapproché par un médecin généraliste associé à une majoration des aides à domicile permettraient de diminuer le taux d'hospitalisation

- Optimisation de la prise en charge du maintien de l'autonomie et de la prévention de la dépendance

Conclusions

- A l'inclusion, 348 (30.8%) des 1,131 patients MA vivaient seuls
- Le fait de vivre seul n'augmentait pas le risque de décès ni de perte de poids à 2 ans chez des sujets atteints de la MA à un stade léger à modéré,
- Cependant des associations significatives ont été démontrées avec un risque accru d'hospitalisations et d'institutionnalisations
- Une meilleure fonction physique a été retrouvée comme facteur protecteur d'entrée en institutionnalisation et de décès.
- ✓ Nos résultats pourraient aider à la prise de décision d'institutionnalisation d'un patient atteint d'une MA à un stade léger-moderé vivant seul et/ou à l'optimisation de la prise en charge à domicile de cette population si vulnérable et complexe.

2015 © Congrès National des Unités de soins de jour et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute la production même partielle est interdite.

Living Alone with Alzheimer's Disease and the Risk of Adverse Outcomes: Results from the Plan de Soins et d'Aide dans la maladie d'Alzheimer Study

Maria Soto, MD, PhD,^{†‡} Sandrine Andrieu, MD, PhD,^{§†‡} Valérie Gares, MS,^{§†‡}
Matteo Cesari, MD, PhD,^{*†‡} Sophie Gillette-Guyonnet, PhD,^{*†‡} Christelle Cantet, MS,^{*†}
Bruno Vellas, MD, PhD,^{*†‡} and Fati Nourhashémi, MD, PhD^{*†‡}*

JAGS 63:651–658, 2015

© 2015, Copyright the Authors

Journal compilation © 2015, The American Geriatrics Society

Merci de votre attention