

OCTOA - MA

OUTIL CLINIQUE TRANSDISCIPLINAIRE D'ORIENTATION ET D'AIDE

À la prise en soin des personnes atteintes des Maladies Alzheimer et apparentées.

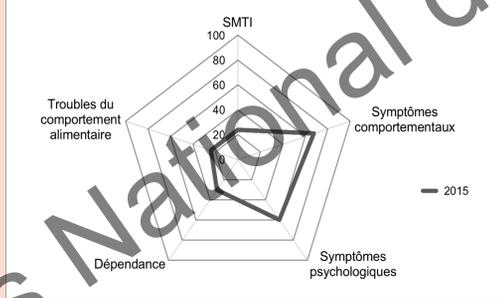
G. AIMÉ*, D. ANDRIANASOLO, P. ABEL, A. BETTON DE SEZE, M-L. BRUNSTEIN, F. CATRO, H. HANS, C. LE CORROLLER, S. MATTER, M. MEYER, T. MICHEL, P. RUCK, A. PLUMERE-SCHMITT, J. MARCHAL, Centre Hospitalier Départemental de Bischwiller, BISCHWILLER, France

But	Cas cliniques	Résultats
-----	---------------	-----------

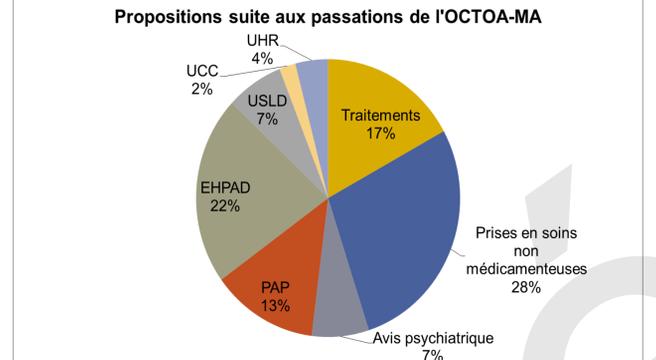
La complexité humaine ajoutée aux retentissements physiques et psychiques des maladies neurodégénératives nous impose de croiser les regards et les connaissances des divers métiers du soin.

Afin de conserver le recul nécessaire et d'optimiser la prise en soin des résidents, il devient essentiel, dans nos unités de soins des personnes atteintes des Maladies Alzheimer et apparentées, de proposer une **méthode d'analyse clinique holistique et plus objective. Cette demande transdisciplinaire a abouti à la création d'un outil collectif : l'OCTOA-MA.**

Cas clinique n°1 : Résidente présentant des troubles cognitifs (désorientation temporo-spatiale, apraxie) et d'importants troubles psycho-comportementaux (agitation psychomotrice, anxiété, mise en danger d'elle-même, etc.). Suite à ces manifestations cliniques, l'OCTOA-MA a été réalisé afin de soutenir la réflexion, dans le but d'orienter la prise en soin.



Au cours des deux dernières années, 40 passations de l'OCTOA-MA ont été réalisées. Ces évaluations nous ont permis de réajuster et/ou de pérenniser les stratégies de prise en soin :



Méthode

L'unité Alzheimer dans lequel l'OCTOA-MA a été créé et appliqué, accueille 60 résidents répartis sur 4 services.

1 Lorsque l'équipe constate un changement dans la situation du résident, l'équipe transdisciplinaire se réunit pour réaliser la passation de l'OCTOA-MA. L'équipe se compose ainsi : cadre de santé, diététicien, ergothérapeute, kinésithérapeute, médecin, psychologue, psychomotricien, infirmier, aide-soignant, aide médico-psychologique et agent de service hospitalier.

2 L'OCTOA-MA est basé sur la cotation de cinq items principaux.

Synthèse pluridisciplinaire :

Les capacités physiques de la résidente sont maintenues. Les troubles psychologiques et cognitifs semblent entraîner des troubles du comportement, qui sont au premier plan. L'analyse de ces manifestations a permis la compréhension des troubles et l'ajustement de l'accompagnement par l'équipe.

⇒ Le besoin d'être en activité peut être contenu par la mise en place d'une prise en charge non médicamenteuse permettant à la résidente d'être à la fois dans l'action et de renforcer son sentiment d'utilité.

⇒ Une demande d'avis psychiatrique suite aux manifestations d'anxiété est indiquée, dans le but d'ajuster la thérapeutique médicamenteuse.

⇒ La poursuite de la prise en soin en Unité Alzheimer est préconisée.

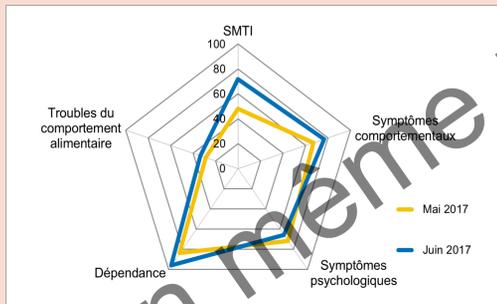
- ⇒ Médicamenteuses.
- ⇒ Non médicamenteuses (diététique, ergothérapie, psychologique, psychomotricité, soins relationnels, etc.).
- ⇒ Réalisation du projet d'accompagnement personnalisé (PAP).
- ⇒ Orientation vers un autre service (EHPAD, Unité de Soins de Longue Durée (USLD), Unité Cognitive-Comportementale (UCC, etc.).

Discussion

Intérêts	Limites
La pratique de l'outil et sa pertinence ont permis une plus grande cohésion et synergie entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire.	L'outil est non exhaustif et ne peut être complété sans échanges pluridisciplinaires (minimum trois catégories socio-professionnelles, hors infirmiers et aides-soignants).
Il permet d'affiner le projet de vie, les soins relationnels, activités, réorientation en EHPAD ou en USLD, etc.	Le temps de passation, dépendant de la complexité de la situation, est non négligeable (entre 20 et 45 minutes).
L'outil est à visée thérapeutique, médicamenteuse et non médicamenteuse.	

Cas clinique n°2 : Passation de l'OCTOA-MA pour une résidente présentant des troubles psycho-comportementaux (cris, hallucinations, idées noires, auto et hétéro agressivité, troubles de l'humeur, etc.) et un niveau de dépendance (aide totale dans les activités de la vie quotidienne) importants.

Les troubles cognitifs majeurs associés à la dépendance psychique à l'autre (manifestations d'anxiété importantes, besoin d'étayage quasi permanent), existent depuis son entrée en institution. Les prises en soin non médicamenteuses ont été insuffisantes et ont montré leurs limites, d'où la passation de l'OCTOA-MA.



Synthèse pluridisciplinaire :

Deux évaluations ont été réalisées : l'une avant un séjour en psychiatrie (mai 17), l'autre à son retour. Le traitement neuroleptique a permis une légère amélioration psychique, mais a pour conséquence une majoration des SMTI et de la dépendance physique.

⇒ Actuellement, les neuroleptiques ne peuvent être modifiés au risque de retrouver la souffrance psychique antérieure à l'hospitalisation. Ces éléments amènent à dire qu'une prise en soin en unité d'hébergement renforcée (UHR) serait plus adéquate.

⇒ Dans l'attente de cette orientation, la prise en soin non médicamenteuse continue d'être adaptée selon la fluctuation des symptômes psycho-comportementaux (thérapies non médicamenteuses, collaboration avec la famille, projet d'accompagnement personnalisé, etc.).

Les passations de l'outil ont mis en évidence l'importance d'utiliser le guide des utilisateurs pour assurer la reproductibilité de l'évaluation. Il serait également pertinent de systématiser la passation de l'OCTOA-MA :

- ⇒ Lors du mois qui suit l'admission, afin d'avoir un point de comparaison.
- ⇒ Quelques mois après l'ajustement de la prise en soin (réévaluation).

Conclusion

L'OCTOA-MA présente un réel intérêt clinique. C'est un outil spécifique adapté à l'évaluation pluridisciplinaire des résidents de l'Unité Alzheimer.

L'objectif est l'optimisation du projet d'accompagnement personnalisé, du projet de soins et éventuellement l'orientation vers une nouvelle structure plus adaptée.



3 Chiffrer chaque élément alimentaire, cadre les discussions cliniques et illustre les résultats sous forme d'un diagramme « radar ». La vision globale permet d'élaborer des liens explicatifs entre les différents aspects cliniques du résident et d'ouvrir le débat sur des propositions de prise en soin.

4 En parallèle, un commentaire pour chaque item et une synthèse pluridisciplinaire sont tracés dans le Dossier Patient Informatisé. Les orientations thérapeutiques et les aides à la prise en soin y sont formulées.

5 L'outil permet de réévaluer dans un second temps la situation du résident et d'en observer les changements.

OUTIL CLINIQUE TRANSDISCIPLINAIRE D'ORIENTATION ET D'AIDE A LA PRISE EN SOINS (OCTOA-MA)

SOINS MEDICO-TECHNIQUES ET INFIRMIERS	
1. Surveillance médicale et présence infirmière habituelle: T°, Poids, PA, SpO ₂ , glycémie, fièvre	Cotation: 1 2 3 4
2. Passage régulier du médecin	
3. Surveillance médicale et présence infirmière plus importante (durée des soins infirmier inférieur ou égal à 10min) en raison d'un état pathologique, mais le pronostic vital n'est pas en jeu dans l'imédiat.	
4. Passage médecin, aide-soignant	
SOINS MEDICO-TECHNIQUES ET INFIRMIERS	
1. Surveillance médicale rapprochée en raison d'une décompensation d'un organe ou d'un état pathologique aigu	Cotation: 1 2 3 4
2. Passage médecin quotidien ou soins infirmiers (pansement, etc.) durée des soins entre 15 et 20 min	
3. Surveillance médicale intense en raison d'un état pathologique aigu et le pronostic vital est en jeu, la question d'un transfert en court séjour gériatrique, en Unité de Soins de Longue Durée ou la mise en place d'un suivi par l'Equipe Mobile Soins Palliatifs et Gériatrique se pose	
4. Longue Durée ou la mise en place d'un suivi par l'Equipe Mobile Soins Palliatifs et Gériatrique se pose	
SYMPTOMES COMPORTEMENTAUX	
1. Cris/sollicitations excessives de l'équipe	Cotation: 1 2 3 4
2. Erances pathologiques	
3. Agitation, agressivité verbale et/ou physique	
4. Comportement moteur aberrant	
SYMPTOMES PSYCHOLOGIQUES	
1. Idées délirantes et/ou hallucinations	Cotation: 1 2 3 4
2. Apathie	
3. Trouble de l'humeur	
4. Anxiété	
DEPENDANCE	
1. Repas	Cotation: 1 2 3 4
2. Toilette	
3. Transferts	
4. Locomotion	
TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	
1. Refus alimentaire (apports quasi nuls)	Cotation: 1 2 3 4
2. Risque d'absorption d'éléments nocifs (apports inadéquats)	
3. Rythme et cadre des repas perturbés (apports réduits/irréguliers)	
4. Boulimie, glotonnerie (apports excessifs)	
TROUBLES DE LA DEGLUTITION (apports à risque)	
1. Troubles de la déglutition (apports à risque)	Cotation: 1 2 3 4
2. Troubles de la déglutition (apports à risque)	
3. Troubles de la déglutition (apports à risque)	
4. Troubles de la déglutition (apports à risque)	